Nr. 42. 18. października 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Marian FRANKE. Lwów.
Witold LIPIŃSKI.

Zmiany elektrokardiograficzne w chorobach zakaźnych.

Z Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke) i Oddziału Zakaźnego Państwowego Szpitala Powsz. we Lwowie (Ordynator: Doc. Dr. W. Lipiński).

Część II.

Zaburzenia elektrokardiograficzne w płonicy.

Na podstawie dotychczasowych badań EKG w przebiegu płonicy stwierdzano wprawdzie często wybitne odchylenia od prawidłowego obrazu krzywej w toku tej sprawy chorobowej, ale w piśmiennictwie znajdują się dość rozbieżne zapatrywania na istotę tych zmian i znaczenie ich dla rozpoznania podstawowej sprawy chorobowej w mięśniu sercowym, która daje powód rozwoju nieprawidłowego obrazu EKG. W piśmiennictwie obcym znajdujemy obszerne prace zajmujące się elektrokardiografią serca płoniczego, podczas gdy w piśmiennictwie naszym systematycznych badań tego tematu nie stwierdzamy zupełnie, co tem bardziej skłoniło nas do zajęcia się tą sprawą. Shookhoff i Taran opisują dość nieznaczne zmiany w EKG w przebiegu płonicy, nie stwierdzają nigdy zaburzeń w przewodnictwie i zmian w kształcie zespołu komorowego; podkreślają oni, że nieprawidłowy obraz EKG w płonicy jest pochodzenia toksycznego i przechodzi dość szybko nie pozostawiając trwałych zmian. Buchem i Polak-Daniels w przebiegu płonicy podnoszą zwłaszcza znaczenie ujemnego T w III odprowadzeniu, uważając je jako wyraz zajęcia mięśnia sercowego w zakażeniu płoniczym. Wickström J. w obszernej monografii, dotyczącej elektrokardiografii w płonicy, omawia szczegółowo spotykane odchylenia od prawidłowego obrazu EKG i uważa je jako następstwo ogniskowych zmian zapalnych w mięśniu sercowym, które dopiero powoli ustępują wraz z cofaniem się zakażenia. Tsuchiya tłumaczy stwierdzone zaburzenia EKG w płonicy osłabieniem serca lub zapalnym zajęciem mięśnia sercowego. Berger i Olloz, opisując nieprawidłowy wygląd EKG w przebiegu płonicy podnoszą brak równoległości między obrazem EKG a stanem klinicznym serca. J. M. Faulkner, E. H. Place, W. R. Ohler na 171 badanych przypadków płonicy tylko w 11 stwierdzili nieprawidłowy EKG.

Korzystając z większego nasilenia epidemii płonicy we Lwowie w ostatnich dwu latach i nagromadzenia większej liczby przypadków tegoż schorzenia w Oddziale Chorób Zakaźnych Lwowskiego Państwowego Szpitala, podjęliśmy szczegółowe badania odpowiednich przypadków. Badaniem EKG objęliśmy przy tym przypadki płonicy klinicznie tak lekkie jak i ciężkie, w rozmaitych okresach choroby. Pod względem klinicznym nie odbiegały one od zwykłego typu. Wprawdzie przeważnie przebieg choroby nie był zbyt ciężki, przecież początek i koniec nasilenia epidemii zaznaczył się pewną wzmożoną liczbą przypadków ciężkich, wybitnie toksycznych, niejednokrotnie śmiertelnych.

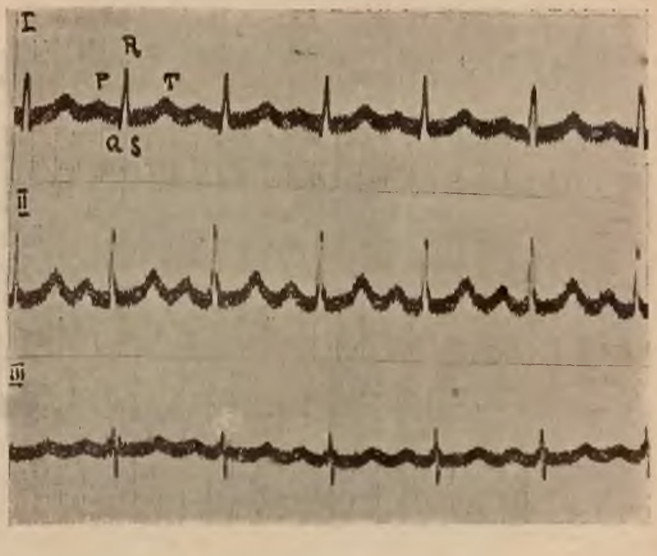
Materiał nasz dotyczył głównie dzieci i to w wieku od paru miesięcy do kilkunastu lat, przy nieznacznej liczbie dorosłych. Badanie EKG po raz pierwszy wykonywaliśmy często w pierwszych dniach choroby, powtarzając je w późniejszych okresach tak, że posiadamy zdjęcia z rozmaitych faz płonicy. Poza badaniem EKG zwracano szczegółową uwagę na stan kliniczny całego narządu krążenia, aby odpowiedzieć na pytanie najbardziej palące, dotyczące wartości EKG dla oceny sprawności narządu krążenia i przebiegu płonicy.

Liczba przypadków, które objęliśmy naszym badaniem elektrokardiograficznym, wynosi w sumie 109 chorych. Z tej cyfry przypada na czystą płonicę 90, a na płonicę powikłaną błonicą 19 przypadków. Zdjęcia EKG wykonywaliśmy aparatem lampowym, w położeniu grzbietowym chorych, przy użyciu naszych urządzeń tele-elektrokardiograficznych.

Przechodząc do szczegółowego rozpatrzenia wyników rozważymy przede wszystkim przypadki *czystej płonicy*, i omówimy kolejno zachowanie się poszczególnych odcinków uzyskanych krzywych EKG.

Załamek *P*, odpowiadający okresowi skurczu przedsionków, w przeważnej liczbie przypadków był stosunkowo niski. W szczególności zaś w 15% przypadków obniżenie *P* w III odprowadzeniu było bardzo wybitne, a w 6% nawet izoelektryczne. Poza tą zmianą zwracało uwagę, że w 20% przypadków czystej płonicy fala *P* w III odprowadzeniu przebiegała poniżej linii izoelektrycznej t. j. była ujemna. Prócz tego spotkaliśmy się raz z rozszczepieniem fali *P* w II, a raz w III odprowadzeniu. Jeżeli dodamy do tego jeszcze 7 przypadków, w których fala *P* we wszystkich trzech odprowadzeniach była wyraźnie obniżona, to podnieść musimy już na tym miejscu, że *zmiany w wysokości i ułożeniu P* w naszych przypadkach płonicy należały do objawów częstych, a nieporównanie częstszych niż to spotkaliśmy przy błonicy. Odchylenie od normy, dotyczące załamka *P*, nie było objawem wyłącznie przypadków klinicznie ciężkich, bo mogliśmy je stwierdzić i w płonicy o przebiegu lekkim.

Jeszcze bardziej charakterystyczną cechą patologiczną, którą stwierdziliśmy w płonicy, były *zaburzenia czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego*, wyrażające się w obrazie PQ krzywej EKG. (Ryc. 1).



Ryc. 1.

Przyp. 232. B. M.. 35 lat. 27 dzień choroby — przewaga lewej komory — PQ przedłużone (0,28—0,30).

Tylko w 35% przypadków odległość PQ, która jest miarą czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego i prawidłowo wynosi najwyżej 0,18 sek., była normalna, gdy w 65% przypadków przekraczała normę. W połowie tych przypadków PQ dochodziło do 0,2 sek., co obejmujemy nazwą najwyższej normy, uważając to już jednak jako granicę przejścia do stanu nieprawidłowego. W drugiej połowie zaś przypadków, t. j. w 32%, odcinek PQ był przedłużony ponad 0,2, dochodząc wyjątkowo od 0,28 do 0,3 sek.

W trzech przypadkach wystąpiło stopniowo narastające przedłużanie się odległości PQ od 0,18 do 0,28 sek., dając *obraz t. zw. okresów Wenckebacha.* Zmiana ta dotyczyła przypadków, które w chwili badania EKG klinicznie nie wykazywały poważniejszych zaburzeń w narządzie krążenia, i wykazywały jedynie zwolnienie czynności serca jako coś charakterystycznego. Na krzywej EKG, zdjętej w 14, 15 i 17 dniu choroby, poza wspomnianą zmianą, dotyczącą odcinka PQ stwierdziliśmy równocześnie jednak i inne odchylenia od obrazu prawidłowego i to we wszystkich trzech przypadkach ujemne *T* w III odprowadzeniu i rozszczepienie *R*,

a w jednym ujemne *P* w III odprowadzeniu. Wspomniane przypadki skończyły się korzystnie.

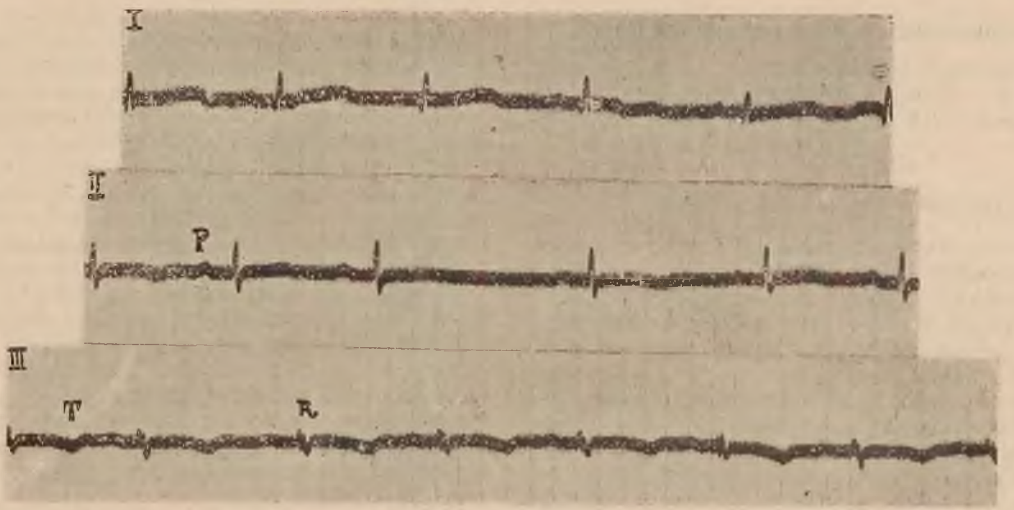
Do wyjątków należały zaburzenia, dotyczące odcinka *R*, który czasem był zbyt niski, a w 9 przypadkach okazywał rozszczepienie w III odprowadzeniu. Szerokość QRS nie odbiegała wyraźnie od normy.

Podnieść dalej należy, że w dużej stosunkowo liczbie przypadków, bo w 15% spotkaliśmy się z *obniżeniem odcinka ST poniżej linii izoelektrycznej*, a dało się ono wykazać głównie w III odprowadzeniu, rzadziej w II odprowadzeniu, a wyjątkowo we wszystkich trzech odprowadzeniach. Przypadki te równocześnie wykazywały i inne odchylenia od prawidłowego obrazu krzywej

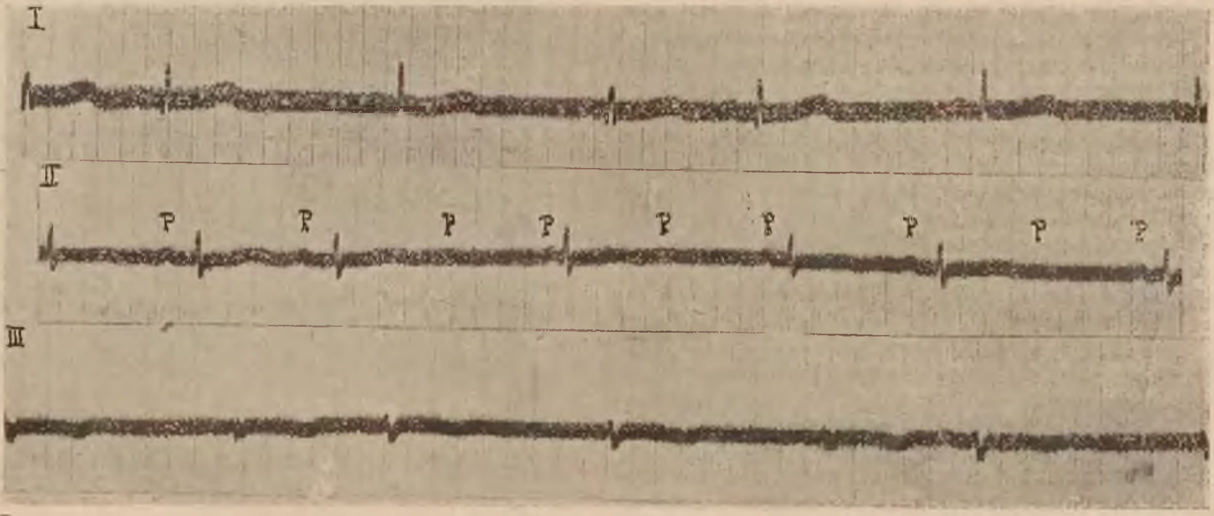
Powyższą nieprawidłowość krzywej EKG musimy uważać jako jedną z charakterystycznych cech stanu patologicznego mięśnia sercowego w naszych przypadkach płonicy, zgodnie z dzisiejszymi zapatrywaniami na znaczenie patognomiczne obniżenia ST dla rozpoznania zajęcia mięśnia sercowego.

Do nadspodziewanie częstych zaburzeń krzywej EKG w naszych przypadkach płonicy należało dalej *nieprawidłowe zachowanie się załamka T.*

W 50% naszych przypadków czystej płonicy *załamek T był ujemny w III odprowadzeniu*, nieraz przy tym wybitnie ostro-kończysty. Jeżeli dodamy do tego, że załamek ten prócz tego dwukrotnie miał przebieg dwufazowy, a w 7 przypadkach nie zazna-



Ryc. 2.
Przyp. 317. T. Wl., 7 lat. 17 dzień choroby, PQ przedłużone — R III bardzo niskie, rozszczepione — T III ujemne — T II czasem ujemne.



Ryc. 3.
Przyp. 305. T. Wl., 7 lat. 14 dzień choroby, PQ przedłużające się stopniowo — częściowy blok — R III bardzo niskie, rozszczepione — T III ujemne.

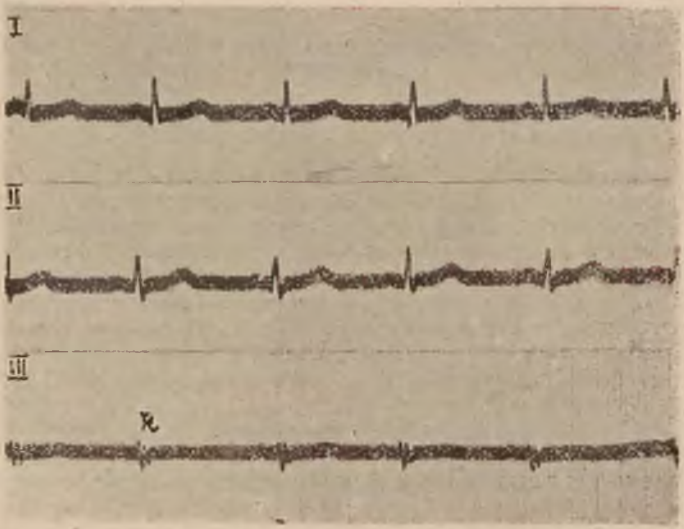
EKG, dawały obraz ogólny klinicznie cięższy i były powikłane zwykle sprawami ropnymi. Tylko w jednym przypadku poza obniżeniem ST nie było innych zmian w wyglądzie EKG, a stan ogólny chorego był zupełnie dobry.

Dla przykładu przytoczymy przypadek 315, w którym oprócz obniżenia ST na krzywej stwierdziliśmy przedłużenie PQ i ujemne T w III odprowadzeniu przy ropnym zapaleniu ucha środkowego w przebiegu płonicy; w przypadku *322*, przy ogólnym stanie dość ciężkim, obok obniżenia ST stwierdziliśmy znowu przedłużenie PQ i ujemne ostro-kończyste T w III odprowadzeniu; przypadek *241* dotyczył płonicy powikłanej prawostronnym ropnym zapaleniem opłucnej i obok obniżenia ST wykazywał rozszczepienie R w III odprowadzeniu oraz ujemne T w III odprowadzeniu. Podobnie przedstawiały się i inne przypadki wykazujące zmiany tego typu.

czał się na krzywej zupełnie, to dojdziemy do 62% nieprawidłowości T w III odprowadzeniu.

Wprawdzie wielu badaczy twierdzi dotychczas, że ujemne T wyłącznie w III odprowadzeniu jest bez znaczenia dla oceny czynności serca, jednakże podobnie jak w poprzednich naszych pracach, a zgodnie z niektórymi nowszymi badaniami nie możemy tego stanu nieprawidłowego uważać jako coś przypadkowego i bezwartościowego. Jeden z nas (Franke) zwrócił już uwagę na to, że ujemne T w III odprowadzeniu stwierdza się często np. u młodzieży oddającej się zbyt forsownie ćwiczeniom sportowym. *Obaj* podnieśliśmy już w badaniach płonicy bardzo częste występowanie ujemnego T w III odprowadzeniu. Sven Akesson zwraca uwagę na zjawianie się ujemnego T w III odprowadzeniu w stanach t. zw. ortostatycznej niedokrewności, a mianowicie przy zdjęciach w postawie stojącej. Buchem i Pollak

wskazują również na częste występowanie przy płonicy ujemnego T w III odprow. i uważają je jako stan nieprawidłowy zwłaszcza, że stwierdzili przejście ujemnego T w dodatnie w okresie zdrowienia. Opierając się na badaniach naszych i obcych musimy ujemnemu *T* stwierdzanemu w III odprowadzeniu w przypadkach płonicy przypisać znaczenie nieprawidłowości. Podkreślić należy również tak wysoki procent występowania tej zmiany w przebiegu płonicy, wyższy niż w błonicy.



Ryc. 4.
Przyp. 254. L. W. 3 lat. 9 dzień choroby, R III bardzo niskie, rozszczepione — T III ledwo zaznaczone lub izoelektryczne.

Z dalszych zmian dotyczących przebiegu EKG zwracało naszą uwagę często spotykane *przyspieszenie akcji serca* i to nie tylko w okresie początkowym lub największego nasilenia zakażenia, ale także i w czasie zdrowienia. Przyspieszenie miało jednak zawsze charakter przyspieszenia pochodzenia zatokowego. Zwolnienie czynności serca w naszych badaniach należało do wyjątków i było zawsze typu zatokowego, nie dając powodu do przyjęcia głębszych zmian w mięśniu sercowym na tle toksycznym lub zapalnym.

Dodać jeszcze musimy, że tylko w jednym przypadku stwierdziliśmy występowanie skurczów dodatkowych komorowych w przypadku płonicy powikłanej zapaleniem nerek. Skurcze dodatkowe wystąpiły w 38 dniu choroby i to tylko przejściowo, nie powodując dalszych zaburzeń klinicznych.

Przy analizie naszych zdjęć EKG staraliśmy się jeszcze na podstawie ustosunkowania się wysokości *R* w trzech odprowadzeniach w myśl badań W a l l e r a ustalić *położenie osi elektrycznej serca*, co mogłoby mieć pewne znaczenie dla sprawności narządu krążenia w naszych przypadkach. Pod tym względem prawidłowe ułożenie osi elektrycznej stwierdziliśmy tylko w 34%, a pionowe w 54%, gdy reszta przypadała na ułożenie poziome, lub nie dające się dokładnie oznaczyć. U naszych chorych przeważało więc pionowe ułożenie osi elektrycznej serca, może zależne od młodocianego wieku badanych.

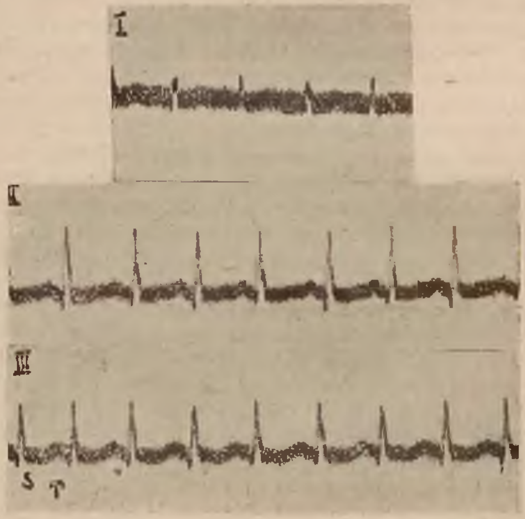
Poza tym zwróciliśmy jeszcze uwagę na t. zw. *przewagę komór w EKG*, której znaczenie nie jest jeszcze zupełnie wyjaśnione. W naszym materiale do rzadko spotykanych zmian należała t. zw. przewaga komory lewej, a stwierdziliśmy ją tylko w sześciu przypadkach. Natomiast w 25 to jest w 28% przypadków mogliśmy stwierdzić t. zw. przewagę komory prawej. O tych odchyleniach krzywej EKG wspominamy, nie chcąc im przypisywać znaczenia zasadniczego. Prawdopodobnie przyczyny tej zmiany będziemy doszukiwali się raczej w nieprawidłowym ułożeniu serca związanym z młodym wiekiem naszych chorych, a nie z jakimiś zmianami w mięśniu sercowym pochodzenia płoniczego.

Na osobne omówienie zasługują *przypadki płonicy powikłanej błonicą* w liczbie dziewiętnastu, a dodajmy, że zmiany EKG, spostrzegane przez nas w tych przypadkach były wybitniejsze i częstsze niż w czystej płonicy.

W odcinku przedsionkowym krzywej do najczęstszych należało znaczne obniżenie wzniesienia *P* (58% przypadków), zwłaszcza w III odprowadzeniu; w 21% fala *P* w III odprowadzeniu była ujemna. Częściej niż w samej płonicy w przypadkach powikłanych znaleźliśmy przedłużenie PQ ponad normę i to w 53% przypadków. W części komorowej EKG w połowie przypadków wzniesienie *R* miało bardzo niski woltaż, a w 6 fala R była wyraźnie rozszczepiona. Uderzało przy tym dalej występowanie ujemnego *T* w III odprowadzeniu, które stwierdziliśmy w 73%, więc znacznie częściej niż przy czystej płonicy. Obniżenie odcinka ST poniżej linii izoelektrycznej wystąpiło nawet w 26% przypadków powikłanych błonicą.

Poza stwierdzeniem przyspieszenia czynności serca pochodzenia zatokowego, w tej grupie przypadków w trzech znaleźliśmy przyspieszenie pochodzenia węzłowego *(tachycardia nodalis)*, w którym bodziec do skurczu wychodzi z okolicy węzła Tawary, a nie z miejsca prawidłowego, t. j. z węzła Keith-Flacka.

Jeden z tych przypadków dotyczył płonicy powikłanej zapaleniem ropnym ucha środkowego i zapaleniem płuc. Zdjęcie EKG było u tego chorego robione w stanie ogólnie ciężkim przy ciepłocie 39°; na krzywej obok *tachycardia nodalis* dało się wykazać wyraźne obniżenie odcinka ST. Drugi przypadek był również powikłany zapaleniem ropnym ucha środkowego z zajęciem wyrostka sutkowego, a zdjęcie EKG było robione w 39 dniu choroby w dwa dni po *attico-antrotomii* przy ciepłocie 38° i ogólnie ciężkim stanie. Na krzywej obok *tachycardia nodalis*



Ryc. 5.
Przyp. 197. D. St., 3 lat. Płonica i błonica — ropne zapalenie ucha środkowego — odoskrzelowe zapalenie płuc — przyspieszenie pochodzenia węzłowego (tachycardia nodalis) — ST poniżej linii izoelektrycznej.

stwierdziliśmy wybitne T ujemne w III odprowadzeniu. Trzeci przypadek klinicznie przedstawiał się dobrze, a zdjęcie w 41 dniu choroby nie wykazywało innych odchyleń od normy poza cechami przyspieszenia pochodzenia węzłowego.

Należałoby jeszcze dodać, że wśród 19 przypadków płonicy powikłanej błonicą w trzech istniała elektrokardiograficzna przewaga lewej, a w czterech prawej komory serca.

W ogólności więc zmiany EKG w tej grupie chorych były wyraźniejsze, cięższe, ale i częstsze, niż w płonicy niepowikłanej błonicą.

Opierając się na powyższych wynikach stwierdzamy, że w płonicy spotyka się zmiany nieprawidłowe tak w części przedsionkowej jak i komorowej krzywej EKG. Do najcharakterystyczniejszych należy w części przedsionkowej EKG przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, a w części komorowej obniżenie odcinka ST, poniżej linii izoelektrycznej, zwłaszcza występowanie ujemnego T w III odprowadzeniu. W przypadkach płonicy powikłanej błonicą prócz zmian powyższych zjawiających się jeszcze w większej liczbie procentowej, uderzało trzykrotnie stwierdzone przyspieszenie czynności serca pochodzenia węzłowego *(tachycardia nodalis)*.

Przy porównaniu z piśmiennictwem, stwierdzić możemy zgodność naszych wyników z uzyskanymi przez B u c h e m a i P o l a k-D a n i e l s a a także przez W i c k s t r ö m a. Wyniki nasze odbiegają natomiast znacznie od podań F a u l k n e r-P l a c e-O h l e r a, którzy tylko w nieznacznej liczbie przypadków płonicy znaleźli nieprawidłowy obraz EKG. Na podstawie naszych wyników musimy poza tym przyłączyć się do zdania tych autorów, którzy niejednokrotnie nie znajdują równoległości między nieprawidłowym obrazem EKG a stanem klinicznym serca w płonicy. Nie możemy jednak pominąć faktu, że tak po-

ważne zmiany w EKG jak obniżenie odcinka ST poniżej linii izoelektrycznej i przyspieszenie czynności serca pochodzenia węzłowego towarzyszyły zwykle ciężkim zmianom ogólnym, wywołanym bądź to powikłaniami ropnymi, bądź to równoczesnym zakażeniem błonicą.

Musimy jeszcze w krótkości zastanowić się nad pytaniem, jaka jest istota zmian w mięśniu sercowym, które dają powód do rozwoju nieprawidłowego obrazu EKG w przebiegu płonicy. Wchodziłyby tu w rachubę sprawy (zapalne) organiczne lub t. zw. czynnościowe, powstające na tle zatrucia jadami płoniczymi. Za tłem zapalnym sprawy podstawowej, dającej powód do nieprawidłowego EKG, przemawiają przede wszystkim badania sekcyjne, wykazujące obraz stanu zapalnego mięśnia sercowego; istnieniem procesu zapalnego w mięśniu sercowym da się wytłumaczyć powolne cofanie się zmian EKG po ustaniu zakażenia płoniczego, co podnosi zwłaszcza Wickström w obszernej monografii wyżej cytowanej. W innych razach przyczyny nieprawidłowości EKG będziemy dopatrywać się jedynie w przejściowych zmianach t. zw. czynnościowych mięśnia sercowego. Za tym ujęciem przemawia przede wszystkim szybkie cofanie się zmian EKG w tych przypadkach po uspokojeniu się zakażenia płoniczego. Do pierwszej grupy t. j. do tła zapalnego zaliczymy przypadki, w których elektrokardiograficznie stwierdzimy typowe obniżenie odcinka ST poniżej linii izoelektrycznej lub przyspieszenie czynności serca pochodzenia węzłowego. Do drugiej zaś o tle czynnościowym włączymy przypadki z zaburzeniami czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, nawet z przejściowymi okresami Wenckebacha.

Na osobne omówienie zasługuje jeszcze ujemne T w III odprowadzeniu, tak często przez nas spotykane w przypadkach czystej jak i powikłanej płonicy. Częstość występowania tej zmiany przy zupełnie dobrym stanie klinicznym serca, szybkie zanikanie tego zaburzenia w okresie zdrowienia, nasuwają przypuszczenie, że źródła dla ujemnego T w III odprowadzeniu musimy szukać w zboczeniach czynnościowych, a nie organicznych. Występowanie ujemnego T i ustępowanie jego w zależności od stanu ukrwienia i dotlenienia mięśnia sercowego (Franke-Lankosz, Akesson) daje nam podstawę do przypuszczenia, że i w przypadkach płonicy ujemne T w III odprowadzeniu ma może źródło w niedotlenieniu mięśnia sercowego, związanym z działaniem jadów płoniczych. Z jednej strony przyczyna niedotlenienia mięśnia sercowego leżałaby w stanie niedomogi naczyń wieńcowych serca o pochodzeniu jadowym, a z drugiej w zaburzeniach powstających w samej krwi pod wpływem jadów płoniczych. Opieramy się tu na badaniach Ptaszka, który w toku rozmaitych zakażeń drobnoustrojowych wykazał we krwi zakażonych wyraźne upośledzenie wiązania tlenu przez czerwone ciałka krwi. Krew w toku spraw zakaźnych jest wybitnie niedotleniona, co może być nie bez znaczenia dla prawidłowego przebiegu pracy mięśnia sercowego.

Wyniki elektrokardiograficzne, uzyskane przez nas w przebiegu płonicy pozwalają na wysnucie następujących wniosków:

1. Nieprawidłowy obraz EKG należy w płonicy do objawów częstych.
2. Obniżenie załamka przedsionkowego (fali P), przedłużenie czasu przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, niski woltaż R, obniżenie odcinka ST, wreszcie ujemne T w III odprowadzeniu, należy do często spotykanych zmian w płonicy.
3. W płonicy powikłanej błonicą wspomniane zaburzenia EKG występują jeszcze częściej.
4. W przeważającej części przypadków ciężkie zaburzenia EKG odpowiadają ciężkiemu stanowi klinicznemu, zwłaszcza w powikłaniach ropnych. Spotyka się jednak niejednokrotnie ciężki stan kliniczny w mało zmienionej krzywej EKG i odwrotnie.
5. Tłem zmian EKG, powstających jako następstwo zadziałania jadu płoniczego, mogą być zmiany organiczne (zapalne lub zwyrodnienia) ale także szybko cofające się zmiany czynnościowe mięśnia sercowego.
7. Dla wytłumaczenia przemijających nieprawidłowości EKG, zwłaszcza o ile to dotyczy ujemnego T w III odprowadzeniu, można przyjąć stan niedotlenienia mięśnia sercowego, wywołany t. zw. niedomogą naczyń wieńcowych serca lub zaburzeniami chłonności krwi dla tlenu powstałymi przez działanie jadu płoniczego.

Piśmiennictwo:

Akesson Sven: Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 5 och 6. 1935. — Berger W. i Olloz M.: Schweiz. Med. Wochschrf. 1934. — Buchem F. S. P. i Polak-Daniels M.: D. Arch. f. klin. Med. T. 174. 1932. — Faulkner J., Place E., Ohler R.: Amer. J. of the Med. Sciences. — Franke M., Lankosz J.: Pol. Gaz. Lek. 1935. — Franke M., Lipiński W.: Pol. Gaz. Lek. 1936. — Ptaszek L.: Pol. Gaz. Lek. 1931. — Shookhoff C., Taran L. M.: Amer. J. of Child. Dis. 1931. — Tsuchiya S.: Orient. J. of Inf. Dis. 1933 (ref. Zentrbl. f. inn. Med.). — Wickström J.: Acta pediatrica. Stockholm. 1933.

Dr. Leon TOCHOWICZ. Kraków.

Wartość kliniczna przednio-tylnego odprowadzenia w elektrokardiografii.

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.
Kierownik: Prof. Dr. Tadeusz Tempka.

Elektrokardiografia dzięki głębokiej wnikliwości w istotę fizjologicznych i patologicznych przejawów czynności serca, stała się w klinice chorób narządu krążenia jedną z najważniejszych i podstawowych metod badania jego czynności. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, na podstawie danych statystycznych, że często spotykamy się z tym, iż nie umiemy powiązać prawidłowych ukształtowań elektrokardiograficznych z klinicznym obrazem schorzenia narządu krążenia. Do wyświetlenia tego, niewątpliwie zmniejszonego zakresu wartości elektrokardiografii przyczyniły się badania doświadczalne Wolfertha i Wooda, którym powiodło się stwierdzić istnienie w sercu tak zwanych niemych pól. gdzie uszkodzenia mogą nie ujawniać się w trzech dotychczas stosowanych odprowadzeniach. Równocześnie wymienieni autorzy z powyżej podanych przyczyn, chcąc uzupełnić metodykę badań elektrokardiograficznych, wprowadzili czwarte, czyli przedniotylne odprowadzenie, uzyskując w ten sposób w obrazie elektrokardiogramu w znacznie większym odsetku zgodność z objawami klinicznymi, bardzo często potwierdzonymi wynikami badań sekcyjnych. Dalszym postępem elektrokardiografii jest wprowadzenie również przez tychże autorów i na szeroką skalę rozbudowanej przez Scherfa i Goldhammera metody obciążania wysiłkiem fizycznym chorych podejrzanych o dusznicę bolesną.

Chcąc określić wartość czwartego odprowadzenia, przy uwzględnieniu wzajemnych stosunków poszczególnych patologicznych odcinków krzywej elektrokardiograficznej w trzech klasycznych odprowadzeniach, przeprowadziliśmy badania u 650 chorych, wykonując u nich ponad 800 zdjęć elektrokardiograficznych we wszystkich czterech odprowadzeniach, przy czym u 50 z nich wykonaliśmy zdjęcia elektrokardiograficzne po obciążeniu ich pracą fizyczną. Zdjęcie przednio-tylnego odprowadzenia polega na tym, że umieszczamy z tyłu pomiędzy łopatką lewą a kręgosłupem zwykłą opaskową elektrodę, a drugą elektrodę przykładamy na przednią ścianę klatki piersiowej na okolicę lewą serca; elektrody umocowujemy opaską płócienną lub gumową i zdjęcie wykonujemy w pozycji leżącej. Przednią elektrodę łączymy z przewodem odpowiadającym prawej ręce, a tylną z przewodem ręki lewej.

Opis prawidłowej krzywej odprowadzenia przednio-tylnego.

Prawidłowa krzywa czwartego odprowadzenia ma pewne stałe odrębne i charakterystyczne cechy. Należy podkreślić, że na krzywych czwartego odprowadzenia mniej uwidoczniają się drgania dodatkowe, pochodzące czy to z drgań włókienkowych mięśni, czy też z prądów błądzących. Zrozumiałą rzeczą jest, że to cecha dodatnia, ułatwiająca nam nieraz odczytywanie poszczególnych odcinków krzywych.

Na podstawie 50 zdjęć elektrokardiograficznych, wykonanych u osób zdrowych płci obojga, w wieku od 18 do 40 lat, cechy normalne czwartego odprowadzenia według naszych danych są następujące:

Krzywa Nr. 1. Wychylenie P jest ujemne, rzadko dodatnie, drobne, często ledwo zaznaczone, albo też wcale niewidoczne. Czas P—Q zachowuje się jak w innych odprowadzeniach. Zespół komorowy QRS jest zawsze dwufazowy, bardzo wysoki, przekraczający w całości zwykle podwójnie woltaż drugiego odprowadzenia. Czas trwania — jak w innych odprowadzeniach. Q zawsze głębokie, tak, że wielkość jego równa się R, albo też często go nawet przewyższa. R przechodzi do linii izoelektrycznej wprost, lub z ledwo zaznaczonego S w ujemne, głębokie, często kończyste T. Czas trwania T, licząc rozwartość obu jego ramion u podstawy, jest znacznie większy, niż w trzech pierwszych odprowadzeniach, przekracza 0.2 sekundy. Częściej, niż w innych odprowadzeniach, widoczna jest fala U, także ujemna i płytko zaznaczona. Takie więc są cechy prawidłowej krzywej czwartego odprowadzenia.

Omówienie statystyczne dotychczasowych wyników badań elektrokardiograficznych w dusznicy bolesnej.

Przechodząc teraz do omówienia i przedstawienia odchyleń od normy czwartego odprowadzenia, omówimy tutaj tylko zmiany, jakie stwierdziliśmy u 160 chorych z obrazem dusznicy bolesnej. Rozpoczynamy omawianie patologicznych krzywych czwartego odprowadzenia z objawami dusznicy bolesnej, gdyż znana jest powszechnie wartość elektrokardiografii w schorzeniu naczyń wieńcowych, gdzie rozpoznanie opieramy często tylko na wywiadzie, bez charakterystycznych cech badania przedmiotowego, zwłaszcza, gdy badanie fizyczne i rentgenologiczne nie wykrywa większych odchyleń od normy ze strony układu sercowo-naczyniowego.

Dotychczasowe dane statystyczne, dotyczące zmian elektrokardiogramów u chorych z objawami dusznicy bolesnej, wykazują, że tylko w pewnym odsetku tych chorych, nie przekraczającym 55%, znajdujemy potwierdzenie rozpoznania w obrazie elektrokardiograficznym, a mianowicie: zmiany w ukształtowaniu QRS, albo zmiany poziomu i ukształtowania odcinka ST i T, jako cechy najbardziej charakterystycznej dla zaburzeń i niedomogi naczyń wieńcowych serca. Ze statystyki Semerau-Siemianowskiego wynika, że ogólne zmiany odcinka ST występują średnio w 72% spostrzeżeń dusznicy bolesnej, obniżenie zaś odcinka ST stwierdzono tylko w 1/3 przypadków. Edens stwierdził charakterystyczne cechy w obrazie elektrokardiograficznym dla schorzeń naczyń wieńcowych tylko u 45% chorych z objawami dusznicy bolesnej. Również statystyka Lewy'ego tylko w połowie spostrzeganych przypadków dusznicy bolesnej podaje zmiany w ukształtowaniu elektrokardiogramów. Jak widać z przytoczonych danych statystycznych, elektrokardiografia w trzech klasycznych odprowadzeniach w dość znacznie ograniczonym stopniu mogła przyczynić się do ustalenia rozpoznania dusznicy bolesnej w okresie poza bólowym. Wprowadzenie czwartego odprowadzenia do badań elektrokardiografii znacznie podniosło liczbę znajdowanych zmian w zespołach elektrokardiogramów u chorych z dusznicą bolesną, badanych tak w czasie napadu bólowego, jak również i w okresie poza bólowym. Z polskich autorów Dawidowicz przy zastosowaniu czwartego odprowadzenia u 32 chorych z objawami dusznicy bolesnej tylko u czterech nie stwierdził zmian w obrazie elektrokardiograficznym, czyli, jak z tego wynika, w 88% dusznicy bolesnej da się potwierdzić rozpoznanie za pomocą elektrokardiogramu przy uwzględnianiu czwartego odprowadzenia. Wynik tych badań zgodny jest również z badaniami autorów amerykańskich, którzy, jak to już zaznaczyłem, pierwsi wprowadzili do kliniki czwarte odprowadzenie. Również Goldbloom i Batro kładą duży nacisk na ważność badania elektrokardiograficznego w czwartym odprowadzeniu.

Dalszym postępem elektrokardiografii w rozpoznawaniu dusznicy bolesnej był fakt, stwierdzony również przez Wooda i Wolfertha, że w napadzie dusznicy bolesnej powstają często charakterystyczne zmiany elektrokardiograficzne, które z chwilą ustąpienia bólów w krótkim czasie znikają tak, że elektrokardiogram tych chorych wraca do stanu prawidłowego. Fakt ten, stwierdzony przez wyżej wspomnianych autorów, znalazł zastosowanie w badaniach klinicznych głównie przez Scherfa i Goldhammera, którzy starali się u chorych, podejrzanych o dusznicę bolesną, wywołać za pomocą wysiłku fizycznego poronne napady bólu i utrwalić ten stan na krzywej elektrokardiograficznej. W ten sposób otrzymana krzywa okazywała zmiany charakterystyczne dla niedomogi naczyń wieńcowych w 80% przypadków, w których klinicznie stwierdzono znamiona dusznicy bolesnej. Wykazywane zmiany elektrokardiograficzne po wysiłku fizycznym w przebiegu dusznicy bolesnej znalazły potwierdzenie w badaniach wielu autorów, niezależnie od tego, czy po wykonanej pracy wystąpił napad bólu, czy też nie objawił się podmiotowo żaden z objawów zaburzeń w krążeniu wieńcowym. Niemniej musimy dodać, że Falkiewicz na 14 przypadków dusznicy bolesnej znajdował zmiany elektrokardiogramów po wysiłku fizycznym tylko u 8 chorych. Autor ten zastrzega się, że tak stosunkowo nikły odsetek zmian elektrokardiograficznych po wysiłku fizycznym przypisuje względnie małemu i słabemu obciążaniu chorych (10—20 przysiadów). Dla przedstawienia całości omawianych zmian elektrokardiograficznych po wysiłku fizycznym dodaję, że Dietrich i Schwieg wywoływali napady dusznicy bolesnej i charakterystyczne zmiany w elektrokardiogramach u chorych podejrzanych o schorzenia naczyń wieńcowych po zastosowaniu oddychania w atmosferze zawierającej mało tlenu (8% O_2 na 92% N_2). Dowodziłoby to, że napad dusznicy bolesnej jest następstwem upośledzonego utlenienia mięśnia sercowego.

Omówienie własnych wyników badań.

Własny nasz materiał kliniczny, obejmujący 160 chorych z dusznicą bolesną, da się podzielić przy uwzględnieniu mianownictwa Semerau-Siemianowskiego na następujące grupy:

1. Postacie ustrojowe przewlekłe, pochodzenia wieńcowego, aorty i sierdziowego razem — 124 chorych.
2. Postacie ustrojowe ostre, zawałowe — 22 chorych.
3. Postacie czynnościowe nerwowe — 12 chorych.
4. Postacie zatrucia (nikotyna) — 2 chorych.

Dla ułatwienia zestawiam statystyczne odchylenia elektrokardiogramów we wszystkich czterech odprowadzeniach u przedstawionych chorych, co objaśnia załączona tablica.

Ogólna liczba chorych 160.

Zmiany EKG	Liczba chorych	%
O_1 O_2 O_3	72	45
Odosobnione O_4	64	40
Łącznie wszystkich w O_4	120	75
O_1 O_2 O_3 O_4	136	85
Bez zmian	24	15

Do omówienia przedstawionej statystyki zmian, znajdowanych w ukształtowaniu krzywych elektrokardiogramów, powrócimy przy końcu niniejszego rozdziału, a teraz opiszemy najczęściej spotykane zmiany krzywej czwartego odprowadzenia w przypadkach naszych z objawami dusznicy piersiowej.

Dla zobrazowania zachodzących zmian czwartego odprowadzenia przedstawiam opis chorej z wynikiem badania pośmiertnego. K. R., lat 40, Nr. 37/35. Klinicznie dnia 6. I. 1935: zakażenie kiłowe przed 10 laty. Dotychczas przeciwkiłowo nie była chora należycie leczona, od miesiąca miewa bóle w okolicy serca z uczuciem lęku śmierci, z charakterystycznym rozpromieniowaniem się bólów do obu ramion, a zwłaszcza do ręki lewej. Bóle te są niezależne od wysiłku fizycznego, aczkolwiek częściej występują przy chodzeniu. Poza bólami chora miewa uczucia bicia serca i duszność przy chodzeniu. Przedmiotowo: sinica warg, nieznaczne obrzęki nóg, rozszerzenie serca na lewo, szmer skurczowy i rozkurczowy nad tętnicą główną, tętno 100 na minutę, miarowe, chybkie, ciśnienie 150/20 Hg mm³, wątroba wystaje na 3 palce spod prawego łuku żebrowego, źrenice słabiej oddziałują na światło, poza tym wszystkie odruchy prawidłowe. Narząd oddechowy bez zmian. Mocz poza nieznacznie wzmożonym urobilinogenem i urobiliną bez zmian. Odczyn Wassermanna dodatni. Rozpoznanie kliniczne: *Mesaortitis luetica ss. insuffic. vv. aortae in stad. decompensationis, status anginosus.*

Krzywa Nr. 2. Elektrokardiogram, wykonany na 3 tygodnie przed śmiercią, wykazuje: Rytm zatokowy P—Q = 0.2 sekundy, przewaga lewokomorowa, ST w odprowadzeniu pierwszym i drugim — obniżone, ST_3 podniesione, T płaskie. W czwartym odprowadzeniu P dodatnie, brak Q, ST obniżone, tworzy delikatny łuk grzbietem zwrócony ku górze, T bardzo płytkie. Orzeczenie ekg: przewaga lewokomorowa i niedomoga naczyń wieńcowych znacznego stopnia z następowym zwyrodnieniem mięśnia sercowego.

Zmiany anatomo-patologiczne w narządzie krążenia (sekcję wykonano w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. w Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski).

Worek osierdziowy zawiera około 30 cm³ płynu żółtego, przejrzystego. Osierdzie i nasierdzie cienkie, gładkie i lśniące. Tkanka podnasierdziowa tłuszczowa słabo rozwinięta. Serce w całości powiększone. Wymiary: 15×13×7 cm. Komora lewa o pojemności zwiększonej, mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne przypłaszczone, we wnętrzu komory skrzepy pośmiertne; grubość ściany 2 cm. Przedsionek lewy o pojemności zwiększonej, o ścianach nieco grubszych, zawiera również pośmiertne skrzepy krwi. Zastawka dwudzielna cienka, gładka, lśniąca. Zastawki aorty na brzegach wolnych zgrubiałe, skrócone, pomiędzy zastawkami istnieją wolne małe przestrzenie. Komora prawa: wsierdzie ścienne cienkie, gładkie, lśniące. Komora pojemności zwiększonej, zawiera pośmiertne skrzepy krwi, mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne przypłaszczone, grubość ściany 8 mm; przedsionek prawy o pojemności zwiększonej, o ścianach nieco zgrubiałych, zawiera pośmiertne skrzepy krwi. Zastawka trójdzielna cienka, gładka, lśniąca. Zastawki tętnicy płucnej i wsierdzie ścienne cienkie, gładkie i lśniące. Mięsień sercowy dość wiotki, na przekroju barwy sino-czerwonej, przekrwiony biernie, gładki, wilgotny, o rysunku zachowanym. Naczynia wieńcowe: ujścia obu tętnic wieńcowych znacznie zwężone, przebieg naczyń prawidłowy, błona wewnętrzna cienka, gładka i lśniąca. Tętnica główna rozszerzona; w błonie wewnętrznej w części wstępującej płasko-

wyniosłe nacieki, barwy białawo-żółtawej, obok tych nacieków widoczne są małe talerzykowate zagłębienia białawe. Obwód tętnicy głównej w ujściu 9 cm, w łuku 8 cm, nad przeponą 6 cm. Żyły główne zawierają ciemno-czerwoną krew półpłynną.

Rozpoznanie anatomiczne: *Mesaortitis luetica partis ascendentis aortae ss. stenosi ostii arteriarum coronariarum cordis. Dilatatio aortae. Insufficientia valvularum semilunarium aortae partim organica a lue, partim relativa. Hypertrophia et dilatatio cordis totius. Arteriosclerosis aortae. Synechiae pleurales apicales. Nodulus tuberculosus calcificatus apicis pulmonis sinistri. Induratio cyanotica pulmonum, lienis et renum. Hepar moschatum. Oedema pulmonum. Myoma subserosum corporis uteri. Degeneratio cystica ovarii sinistri.*

Przedstawiłem szczegółowy opis zmian kliniczno-anatomicznych i elektrokardiogram w przebiegu klasycznego schorzenia naczyń wieńcowych serca dla zobrazowania i utrwalenia w pamięci najczęściej występujących zmian przednio-tylnego odprowadzenia w przebiegu tego cierpienia. Zrozumiała rzecz, że w opisanym przypadku klinicznie o stanie naczyń wieńcowych aż nadto rozstrzygało zachowanie się trzech pierwszych odprowadzeń, jednakże przedstawiony obraz czwartego odprowadzenia często występował w naszych przypadkach odrębnie, jako odosobniony, przy zupełnie prawidłowym ukształtowaniu innych odprowadzeń. Bardzo podobny obraz do przedstawionej dopiero co krzywej czwartego odprowadzenia spostrzegaliśmy u 112 naszych chorych, a więc jak widać, w bardzo znacznym odsetku, bo sięgającym 70%. Obraz ten był zupełnie niezależny od przewagi elektrycznej którejkolwiek komory. Chcę tu podkreślić, że obok zasadniczej zmiany w ułożeniu odcinka ST, charakterystycznej cechy w trzech pierwszych odprowadzeniach dla schorzenia naczyń wieńcowych, *w czwartym odprowadzeniu występuje brak Q, albo raczej jest ono tylko słabo zaznaczone.* Dla uwidocznienia znaczenia braku Q w czwartym odprowadzeniu przy ocenie schorzeń naczyń wieńcowych załączam krzywą, dotyczącą chorego z typowymi objawami dusznicy bolesnej (ekg zdejmowany w czasie bólu), która w tym odprowadzeniu poza dodatnim P i brakiem Q nie przedstawia żadnych innych odchyleń od normy. Dowodem toczących się zmian w naczyniach wieńcowych u tego chorego jest zdjęcie elektrokardiogramu w pierwszym odprowadzeniu obok opisanych zmian czwartego odprowadzenia.

Krzywa Nr. 3. EKG. Gel. Lejz., lat 44, rozp.: *Angina pectoris.* Rytm zatokowy, P—Q = 0.18, Q_1 głębokie, T_1 ujemne kończyste, R_2, R_3 niskie, S_2 i S_3 głębokie, ST_2 i ST_3 obniżone, T_2 płaskie, T_3 dodatnie kończyste. W czwartym odprowadzeniu P dodatnie, brak Q, T ujemne kończyste. EKG przedstawia cechy daleko posuniętych zmian w naczyniach wieńcowych serca.

Omawiając znaczenie braku Q w przednio-tylnym odprowadzeniu dla oceny zachowania się naczyń wieńcowych serca, należy dodać, że według dzisiejszych zapatrywań samoistne odosobnione głębokie Q_3, którego nawet wysokość nie jest mniejsza, niż jedna czwarta największego wychylenia QRS jednego z trzech odprowadzeń, nie stanowi samo dla siebie objawu patologicznego, gdyż spotyka się je często przy wysokim ustawieniu przepony, bez żadnych zmian w układzie naczyniowo-sercowym. Przy uszkodzeniach mięśnia sercowego powiększenie wychylenia odcinka Q_3 jest prawie zawsze związane ze zmianą przerwy QRS—T, lub wychylenia T przynajmniej w jednym z trzech odprowadzeń. Stwierdziliśmy głębokie Q_3, którego wymiary przekraczają jedną czwartą największej wysokości QRS u 48 chorych (30%). Głębokie Q_3 w naszych spostrzeżeniach było połączone bardzo często z równocześnie występującymi zmianami w innych odprowadzeniach i w innych zespołach, najczęściej w czwartym odprowadzeniu. Jeżeli więc czynniki, które już przy zdrowym sercu wywołać mogą dużą falę Q_3 (jak poprzeczne ustawienie serca) i odpowiednio wikłają ujęcie takich krzywych elektrokardiograficznych, to chcę tu podkreślić, że w przypadkach przez nas spostrzeganych bardzo często — obok dużego Q_3 — zachowanie się przednio-tylnego odprowadzenia rozstrzygało o tym, czy istnieją zmiany w zakresie naczyń wieńcowych. Dowodem ważności wyżej wspomnianych cech czwartego odprowadzenia dla zmian w naczyniach wieńcowych są niektóre tylko, przytoczone tu poniżej krzywe elektrokardiogramów, dotyczące chorych z najbardziej typowymi objawami dusznicy bolesnej ustrojowej przewlekłej.

Krzywa Nr. 4. EKG G. L., lat 47. *Angina pectoris organica.* Rytm zatokowy, czas przewodnictwa prawidłowy. Pierwsze i drugie odprowadzenie prawidłowo ukształtowane. W trzecim odprowadzeniu Q głębokie, równe co do wysokości R_3, T_3 bardzo płytkie, ujemne. W czwartym odprowadzeniu Q bardzo płytkie, T również znacznie płytsze od prawidłowego. EKG potwierdza rozpoznanie kliniczne na podstawie zachowania się Q_3 i Q_4 obok nieznacznych odchyleń T_3 i T_4.

Krzywa Nr. 5. EKG H. H., lat 46. *Angina pectoris.* Zespoły pierwszych trzech odprowadzeń, jak w przypadku czwartym, jedynie tylko początek ST_1 nieznacznie obniżony. W czwartym odprowadzeniu Q ledwo zaznaczone, ST nieznacznie obniżone, z zaznaczonym łukiem, T płytkie. Orzeczenie jak w przypadku czwartym.

Krzywa Nr. 6. EKG R. M., lat 53. *Angina pectoris.* Rytm zatokowy, P—Q = 0.2 sekundy. T we wszystkich czterech odprowadzeniach płaskie, Q_2 a zwłaszcza Q_3 głębokie, ST_3 nieznacznie powyżej linii izoelektrycznej. W czwartym odprowadzeniu *brak* Q, ST obniżone. Rozpoznanie EKG potwierdza objawy kliniczne.

Krzywa Nr. 7. EKG P. J., lat 50. Rozpoznanie kliniczne: *Lues cardio-vascular. insuff. aortae compens.* Odcinki trzech pierwszych odprowadzeń jak w przypadku piątym, ST_3 nieznacznie obniżone. W czwartym odprowadzeniu poza płytkim Q, ST wybitnie obniżone, tworzy łuk, T płytkie. EKG przedstawia cechy daleko posuniętego niedotlenienia mięśnia sercowego.

Krzywa Nr. 8. EKG W. S., lat 65. *Angina pectoris.* Rytm zatokowy, czas przewodnictwa prawidłowy, woltaż P i QRS we wszystkich odprowadzeniach zmniejszony. Q_2 dobrze wykształcone, Q_3 głębokie, T_3 ujemne. W czwartym odprowadzeniu Q słabo zaznaczone, początek ST odchodzi powyżej linii izoelektrycznej. EKG wskazuje cechy przebytego zawału mięśnia sercowego przedniej ściany, uwidocznione zwłaszcza w odprowadzeniu czwartym.

Z przytoczonych elektrokardiogramów, nie zawsze znajdujemy na zasadzie odosobnionego i jedynie głębokiego Q_3 podstawę do rozpoznania objawów niedotlenienia mięśnia sercowego. Rozstrzygającym tu dowodem zmian, toczących się w naczyniach wieńcowych, staje się często zachowanie przednio-tylnego odprowadzenia w postaci, jak to już poprzednio zaznaczyłem, braku lub słabo wykształconego Q, obok obniżenia lub zniekształcenia tak fali ST, jak i samego płytkiego T.

Inne charakterystyczne, jakkolwiek znacznie rzadsze cechy zmian w naczyniach wieńcowych czwartego odprowadzenia są:

1) haczykowaty, lub łukowaty i powyżej linii izoelektrycznej ułożony odcinek ST;
2) wysokie odejście odcinka ST;
3) niskie R z równocześnie bardzo płytkiem T;
4) dodatnie T.

Powyższe cztery cechy czwartego odprowadzenia występują znacznie rzadziej, niż poprzednio opisane zachowanie się czwartego odprowadzenia. Wśród naszych chorych spostrzegaliśmy te cztery cechy czwartego odprowadzenia łącznie tylko w 15%. Dla zobrazowania tych czterech cech czwartego odprowadzenia załączam odpowiednie elektrokardiogramy chorych z objawami dusznicy bolesnej.

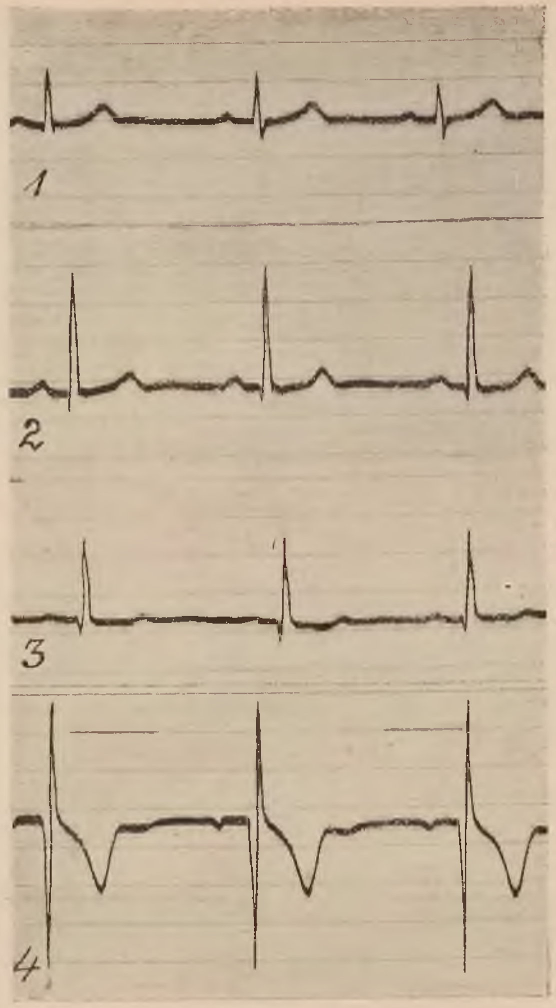
Krzywa Nr. 9. EKG J. J., lat 68. *Angina pectoris.* Rytm zatokowy. P—Q = 0.22 sekundy. Odprowadzenie pierwsze bez zmian, Q_2 i Q_3 wykształcone, nie przekraczają wielkością jednej czwartej żadnego odprowadzenia. QRS, ST_2 nieznacznie obniżone, T_2 i T_3 dodatnie. W czwartym odprowadzeniu P ujemne. QRS prawidłowo ukształtowane, ST haczykowate, ułożone powyżej linii zerowej. Zachowanie się krzywej elektrokardiogramu zwłaszcza czwartego odprowadzenia potwierdza rozpoznanie kliniczne.

Krzywa Nr. 10. EKG S. H., lat 53. *Angina pectoris.* Poza charakterystycznymi cechami w trzech pierwszych odprowadzeniach, przemawia za zmianami w naczyniach wieńcowych odrębne zachowanie się czwartego odprowadzenia przez *wysokie, łukowate ułożenie odcinka ST i braku T.*

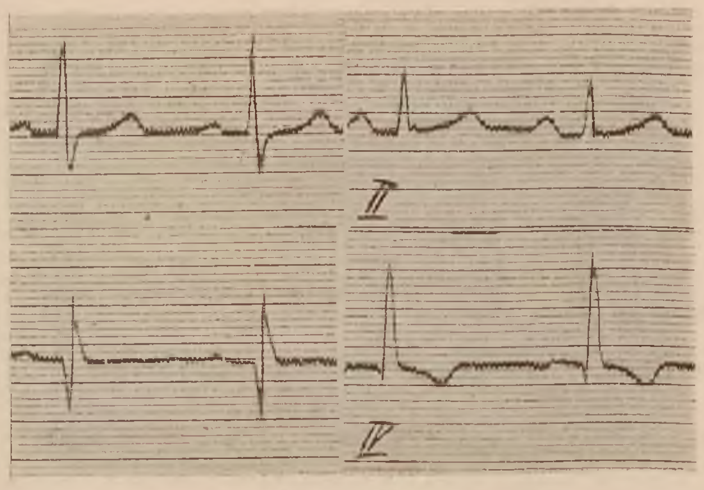
Krzywa Nr. 11. EKG B. F., lat 51. *Angina pectoris.* Charakterystyczne cechy trzech pierwszych odprowadzeń dla niedomogi naczyń wieńcowych serca. W czwartym odprowadzeniu *wysokie odejście ST* bez innych zmian. EKG potwierdza rozpoznanie kliniczne.

Krzywa Nr. 12. EKG M. J., lat 51. *Angina pectoris.* Zdjęcie robiono na 4 tygodnie przed śmiercią. Rytm zatokowy, P—Q = 0.2 sekundy. P we wszystkich odprowadzeniach słabo wykształcone, ST_1 i ST_2 poniżej linii izoelektrycznej, T_1 i T_2 ujemne, płytkie, Q_3 głębokie, ST_3 nieco powyżej linii zerowej, T dodatnie płaskie. W czwartym odprowadzeniu P dodatnie, na Q głębokim *zawęźlenie, R niskie,* ST na linii izoelektrycznej, T ujemne, ledwo zaznaczone. EKG przedstawia cechy dla przebytego zawału mięśnia sercowego ściany przedniej.

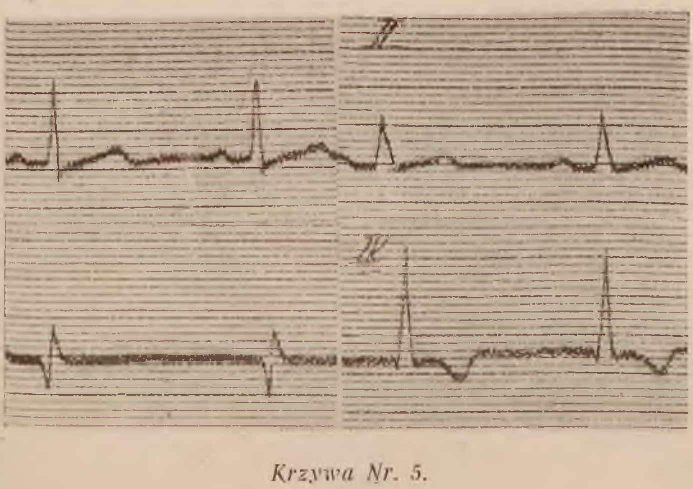
Krzywa Nr. 13. EKG F. H., lat 45. *Angina pectoris.* Rytm zatokowy, P—Q = 0.2 sekundy. P_1 i P_2 ledwo widoczne. ST_1 łukowate, T_1 ujemne, w drugim odprowadzeniu zespół komorowy prawidłowy, ST_3 obniżone, T_3 dodatnie, wysokie. W czwartym odprowadzeniu P ujemne, *brak* Q, ST schodkowate, T dodatnie, wysokie.



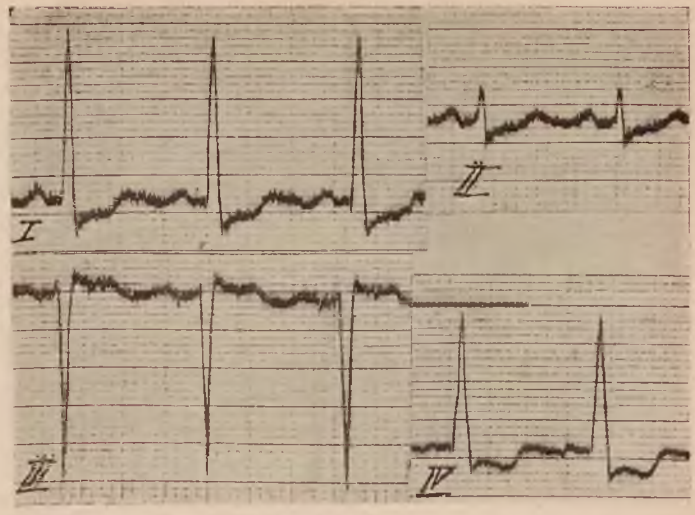
Krzywa Nr. 1.



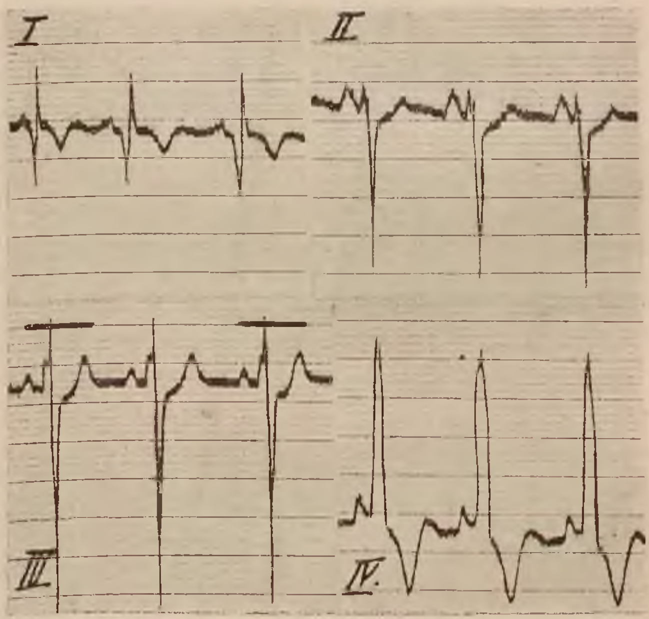
Krzywa Nr. 4.



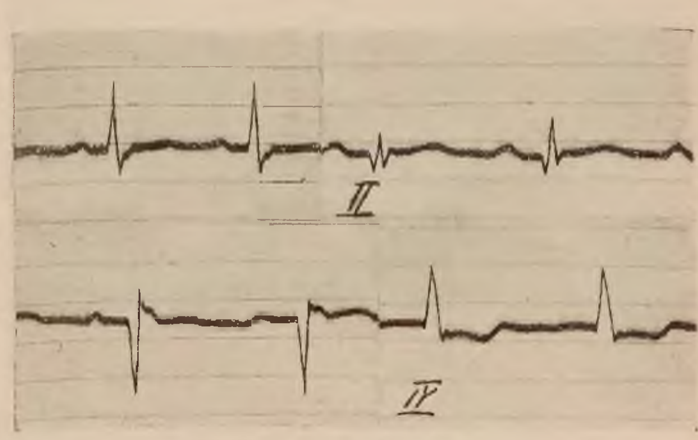
Krzywa Nr. 5.



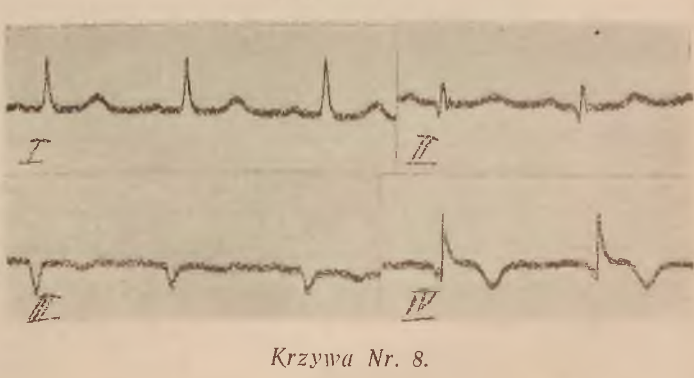
Krzywa Nr. 2.



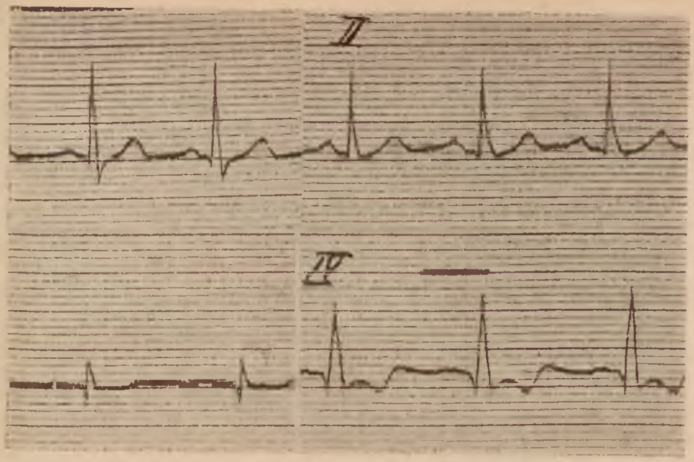
Krzywa Nr. 3.



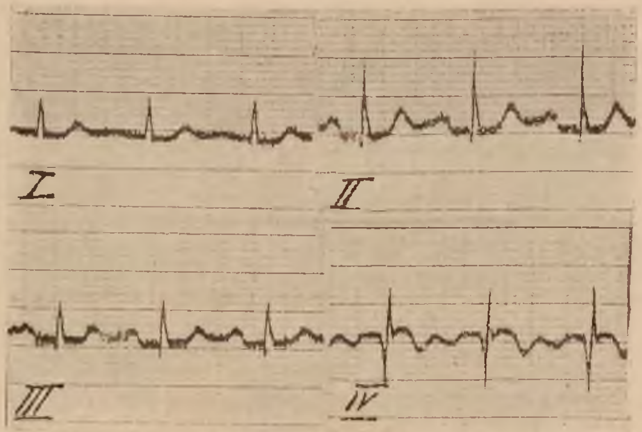
Krzywa Nr. 6.



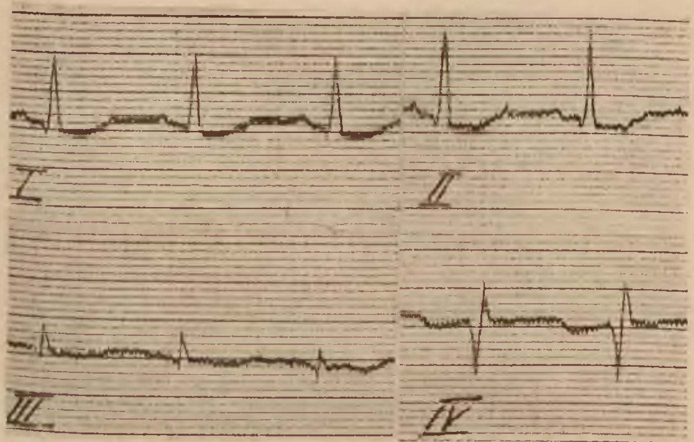
Krzywa Nr. 8.



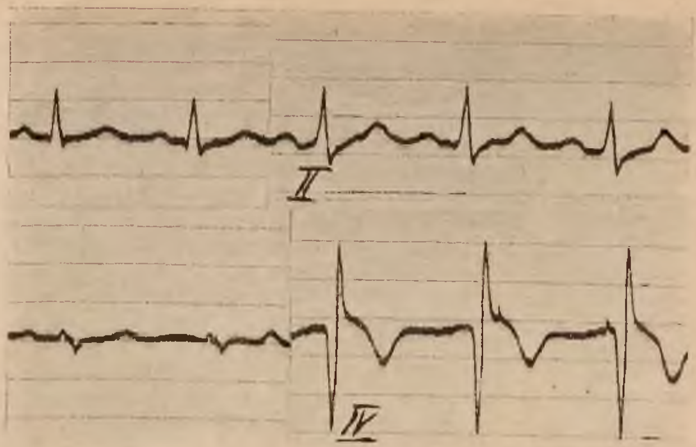
Krzywa Nr. 7.



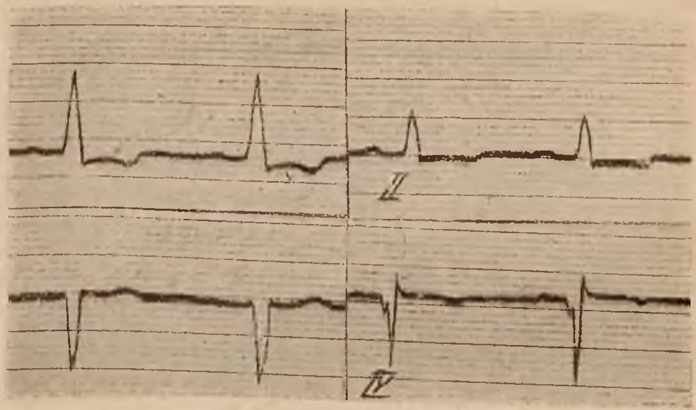
Krzywa Nr. 9.



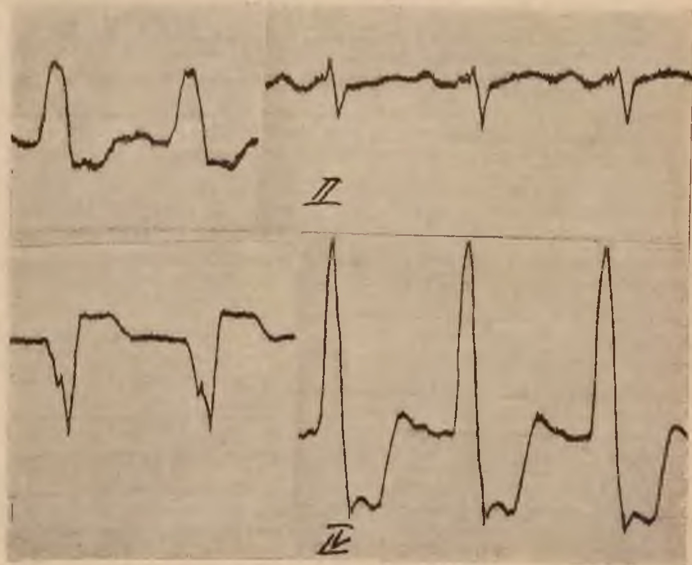
Krzywa Nr. 10.



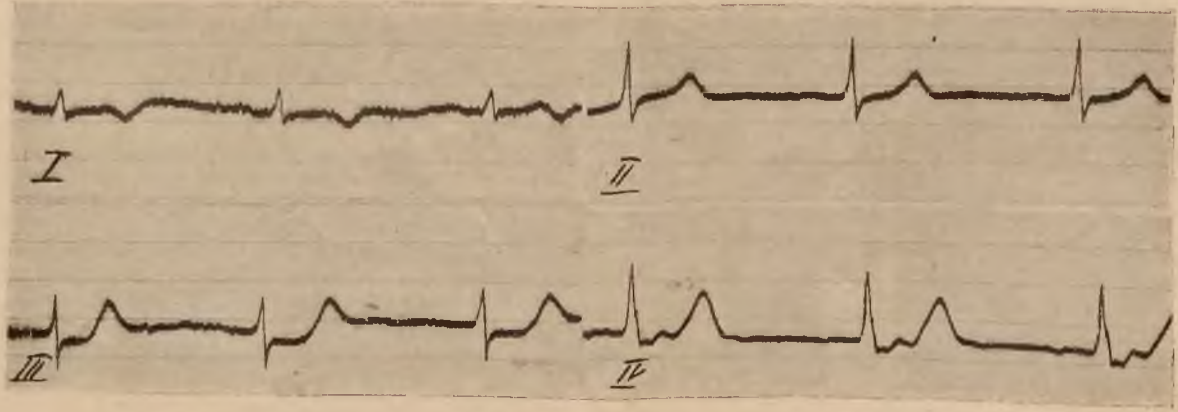
Krzywa Nr. 11.



Krzywa Nr. 12.



Krzywa Nr. 14.



Krzywa Nr. 13.

EKG przedstawia cechy daleko posuniętych zmian w naczyniach wieńcowych, możliwość przebytego zawału mięśnia sercowego.

Charakterystyczne jest bardzo głębokie ułożenie odcinka ST czwartego odprowadzenia przy bloku gałązki prawej, jaki spostrzegaliśmy u 12 naszych chorych z objawami dusznicy bolesnej. Jedną z tych krzywych przytaczam poniżej.

Krzywa Nr. 14. EKG M. M., lat 61. *Angina pectoris*, hipertonia 220/150. W pierwszym odprowadzeniu P słabo zaznaczone, QRS rozszerzone trwa 0.15 sekundy, na szczycie zazębione, ST obniżone, T brak. W drugim odprowadzeniu P widoczne, P—Q = 0.3 sekundy, QRS trwa 0.15 sekundy, S głębokie, T płaskie. W trzecim odprowadzeniu Q głębokie, zazębione, QRS — 0.15 sek. ST łukowate, ułożone o pół centymetra powyżej linii izoelektrycznej. W czwartym odprowadzeniu *brak* Q, QRS trwa 0.15 sekundy, ST ułożone poniżej linii izoelektrycznej o 1 cm, T brak. EKG poza blokiem gałązki prawej wykazuje cechy daleko posuniętych zmian w naczyniach wieńcowych.

Dok. nast.

Dr. Edmund MARGIEL i Dr. EDGAR ZWILLING. Lwów.

Krystaliczne hormony męskie w leczeniu klimakterium kobiet.

Klimakterium, menopauza, okres przekwitania u kobiet jest to okres, w którym powoli (najczęściej) lub nagle (rzadziej) ustaje *wszelka* czynność jajnikowa. Klimakterium jest zwrotnym punktem w życiu kobiety zarówno pod względem fizycznym jak i psychicznym i w wielu przypadkach zmiany psychiczne i fizyczne są tak znaczne, tak bardzo odbiegające swą potęgą i wyrazistością objawów, od klimakterium u mężczyzn, że zupełnie realną wartość ma zdanie Balzaca: *„physiquement et moralement, un homme est plus longtemps homme, que la femme n'est femme"*.

Ustanie czynności jajnikowej zarówno wydzielania zewnętrznego jak — co jest w tym wypadku ważniejsze — i wewnętrznego, sprowadza zaburzenie w całym systemie gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Dlaczego menopauza występuje po 40 roku życia nie wiadomo i cały szereg tłumaczeń, niektóre bardzo prawdopodobne (Halban), nie wyczerpuje zagadnienia.

Ginekolog rzadziej ma sposobność leczenia ogólnych objawów przekwitania. Rezerwuje on dla siebie raczej leczenie lokalnych schorzeń narządów płciowych na tle klimakterycznym: *metrorhagie* klimakteryczne, *pruritus* i *craurosis vulvae, fluor senilis* i sprawy nowotworowe tak częste w tym okresie życia. Nierównie częściej spotyka się z leczeniem objawów klimakterycznych internista, zwłaszcza zaś neurolog, gdyż prawie wszystkie skargi chorej i stwierdzenia objektywne należą do kliniki wewnętrznej. Najczęściej, chore zapytane czy w sprawie zaburzeń płciowych były już u swego lekarza chorób kobiecych, odpowiadają ze wzruszeniem ramion, że z ginekologami już na zawsze skończyły a towarzyszy temu prawie zawsze smutny uśmiech, pełen rezygnacji.

Teorie powstawania klimakterium — a jest ich bardzo dużo — nie tłumaczą całkowicie istoty przekwitania, i dlatego nie będziemy ich powtarzać, gdyż byłoby to jedynie powtarzanie sprawy dobrze znanej i przekroczyłoby znacznie ramy tego szczupłego i skromnego sprawozdania leczniczego.

Przekwitanie może wynikać albo z pierwotnej niedomogi jajników, albo z pierwotnej niedomogi przedniego płatu przysadki mózgowej. Rozpoznanie różniczkowe opiera się na podstawie badania hormonalnego moczu tj. stwierdzenia istnienia hormonu jajnikowego lub gonadotropowego w moczu. Według niektórych autorów (Al. v. Arvay) zaburzenia naczyniowe — jeden z najczęstszych objawów subjektywnych przekwitania, *hat flashes*, są wynikiem niedomogi przedniego płatu przysadki mózgowej.

W okresie przekwitania, który jest rozmaicie długi (od 1—10 lat), należy oddzielić zaburzenia gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, od przejawów psychicznych, które zazwyczaj przeważają w obrazie chorobowym. Zaburzenia te nie powstają nagle, wraz z ustaniem ostatecznym miesiączkowania, lecz nagle powstaje myśl bolesna, deprymująca, wstrząsająca, że oto kończy się życie seksualne, że teraz kobieta zostaje wyłączona poza nawias pragnień i pożądań mężczyzny. Powstaje i kształtuje się coraz bardziej boleśnie myśl, że życie minęło, a nie zostało ono być może wykorzystane jakby należało, i myśl ta jest tym bardziej rozpaczliwa, im mniej z życia seksualnego miała dana kobieta. Kobiety, które dużo rodziły, karmiły, żyły seksualnie, znoszą okres przekwitania bez porównania lepiej psychicznie, a dolegliwości ich są słabsze i mniej różnorodne. Zaburzenia psychiczne są tak wyraźne, początek ich, ich geneza są tak przejrzyste, że niektórzy autorowie określili je jako „psychoneurozy klimakteryczne". Oczywiście powyższe zaburzenia psychiczne należy jak najściślej oddzielić od jednostek chorobowych dokładnie określonych jak np. mania depresywna, głuptactwo przedwczesne itd., które mogą wystąpić w okresie przekwitania. Schorzenia nerwowe czy umysłowe mogą ujawnić się u kobiet z odpowiednią więzią w *każdym* okresie życia płciowego: pokwitania, ciąży, karmienia i przekwitania lecz schorzenia te nie są swoiste ani dla danego okresu ani dla zaburzeń płciowych, tak że trudno jest określać je jako schorzenia klimakteryczne.

Dubois uważa zaburzenia klimakteryczne jako następstwo procesów inwolucyjnych całego ustroju. Tego samego zdania jest G. Ewald. Nie ulega wątpliwości, że procesy wsteczne w gruczołach płciowych, odgrywają dużą rolę, lecz wchodzą tu ponadto w rachubę procesy wsteczne całego ustroju, wraz z systemem nerwowym. Nie wiemy jakiego rodzaju zmiany (miażdżycowe?) występują i jakiej części systemu nerwowego centralnego dotyczą.

Schickele sądzi, że nie wszystkie objawy okresu przekwitania należy złożyć na karb ustania czynności jajników; niewątpliwie duża część objawów istniała już poprzednio u kobiety, jedynie okres przekwitania uczula niejako, przewrażliwia duszę kobiety.

Wskutek ustania czynności jajnikowej następuje zaburzenie w innych gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu i to zaburzenie trwa tak długo, aż reszta gruczołów wewnętrznego wydzielania dostosuje się do zmienionych warunków. Klimakterium jest więc zaburzeniem wielogruczołowym (Jagič) i z tego powodu nie można porównywać okresu przekwitania z kastracją, gdzie objawy występują nagle z powodu nagłego ustania współdziałania z innymi gruczołami i nie ma czasu na dostosowanie się do warunków zmienionych.

Objawem panującym wśród zespołu objawów klimakterycznych są zaburzenia neuropsychiczne obok równie częstego objawu jak zaburzenia naczyniowe. Zaburzenia neuropsychiczne zależne są od typu więziowego: piknicznego, interseksualnego, astenicznego, hipoplastycznego, hiperplastycznego (P. Mathes). W zależności od typów powyższych występują różnorakie objawy zaburzeń neuropsychicznych. Tak samo, jeśli chodzi o inne skargi chorych, spotykamy niejako poszczególne grupy, których objawami przeważającymi są albo zaburzenia naczyniowe, kostne, stawowe, przemiany materii itd. choć najczęściej spotykamy grupy kobiet z objawami bardzo różnorodnymi. Przy dokładniejszym jednak badaniu a specjalnie przy starannych wywiadach, dochodzimy do przekonania, że właściwie *znikoma ilość objawów wystąpiła dopiero w okresie przekwitania, że właściwie istniały one już poprzednio*, jedynie skargi chorych są obecnie bardziej wymowne, niejako bardziej sprecyzowane a objawy wyraźniejsze. Bardzo małą ilość skarg i objawów możemy uważać za swoiste dla okresu przekwitania i dlatego określenie choroby klimakterycznej lub objawu klimakterycznego jest nieścisłe. Aczkolwiek ekstensywność i intensywność objawów klimakterycznych jest niesłychanie różnorodna, da się jednak ująć je w pewne grupy zależnie od typu więziowego: fizycznego i psychicznego. Inaczej wyglądają objawy klimakteryczne u kobiety z hipertyreozą, inaczej z hipotyreozą i tak, jak indywidualna więź warunkuje wszystkie normalne i patologiczne przejawy w życiu kobiety, tak samo bardzo jaskrawo wpływa na okres przejściowy. *Każda kobieta przeżywa okres przejściowy tak, jak to z góry już określa jej więź* (Wiesel).

Klimakterium jest spowodowane ustaniem czynności jajników i w związku z tym nerwowym, czy chemicznym zaburzeniem równowagi korelacyjnej wszystkich gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Jest to jednak objaw fizjologiczny, inwolucja fizjologiczna, a jednak znikoma ilość kobiet przeżywa „okres przejściowy" łagodnie bez wybitnych wstrząsów.

Czas występowania klimakterium jest różny. Według Schäffera na 1.000 przypadków wypadła menopauza:

Przed	40	r. życia	w	3.65%
Między	40—44	„ „	„	20.51%
„	45—49	„ „	„	44.19%
„	50—54	„ „	„	30.01%
„	55—57	„ „	„	1.64%

Według Loewenfelda na podstawie 445 przypadków:

Między	35—40	r. życia	48 kobiet
„	41—45	„ „	141 „
„	46—50	„ „	177 „
„	51—55	„ „	89 „

Przeciętnie przypada klimakterium około 47 roku życia. Zdarzają się przypadki *climax praecox* przed 35 rokiem życia i *climax tarda,* powyżej 60 roku życia. Oczywiście przez klimakterium rozumiemy *trwałe* ustanie miesiączkowania, jako objawu ustania czynności wewnętrzno-wydzielniczej jajników.

Objawy klimakteryczne są doskonale znane i zbyteczne jest ich powtarzanie. Najczęstszymi objawami są zmiany naczynioruchowe występujące jako: uczucie gorąca, uderzanie fali gorącej do twarzy, czerwienienie i blednięcie, wasalgie, hipertonia, zawroty głowy, pocenie się, świsty i szum w uszach, miganie przed oczyma, zmiana smaku, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, parestezje, hiperestezje skóry, świąd ogólny, świąd sromu, kłujący ból w okolicy serca, bóle w stawach, kościach i mięśniach, bóle głowy, bezsenność, drażliwość, uczucie strachu.

Z objawów objektywnych poza zmianami w częściach płciowych (mikroskopowe zmiany w jajnikach) występują wasalgie, które Wiesel uważa za charakterystyczne dla klimakterium. Jest to ból naczyń z początku na ucisk, później samodzielny w zakresie *a. carotis, temporalis,* aorty w *jugulum, brachialis, femoralis, poplitea* i *tibialis poster.* Przy bardzo delikatnym ucisku stwierdza się bolesność jednej lub kilku z powyższych tętnic i ta bolesność jest cechą różniącą je od miażdżycy.

Do dalszych objawów objektywnych należą zaburzenia przemiany materii i zmiany w parciu krwi. Nie należy żadnego objawu uważać za swoiście klimakteryczny i żadnego nie należy lekceważyć i rozpoznanie, że dany objaw jest jedynie czynnościowy, należy stawiać wyłącznie *per exclusionem.* Bicie serca, zawroty, omdlenia w 75—87% przypadków według Pełnara wykazują zmiany anatomiczne w systemie krążenia a w 64—66% przypadków bólu i uczucia gorąca w okolicy serca znaleziono również schorzenie anatomiczne.

Klimakterium może dać obraz wszystkich możliwych objawów, dla których często nie mamy przedmiotowego wytłumaczenia, lecz objawów tych nie należy uważać za histeryczne. Objektywnie dzielimy zespół objawów klimakterycznych w zależności od typu więziowego na:

1) hipertyreotyczny,
2) hipotyreotyczny.

W przypadku pierwszym występują (objawu powiększenia tarczycy może nie być) objawy naczynioruchowe: *tachycardia,* uderzenia krwi do głowy, hipertonia, wasalgie i biegunki. W przypadku drugim: łatwe nużenie się, otyłość, czasem *adipositas dolorosa,* suchość skóry, zaparcie, arytmia, wolna czynność serca, niskie ciśnienie, atonia żołądka, *meteorismus.* Poszczególne objawy, całe zespoły objawów, zależne są od typu więziowego i te przyczyny wewnętrzne są znacznie poważniejsze niż zewnętrzne. *Cały obraz klimakterium jest spowodowany zaburzeniami w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu, wytrąconych z równowagi chemicznej czy nerwowej przez ustanie czynności jajników,* ale obraz ten jest już z góry ułożony przez więź. Na razie nie da się ustalić czy w klimakterium mamy wago- czy sympatykotonię, jak chce większość autorów, gdyż klimakterium jest okresem heterotonii.

Leczenie.

We wszystkich prawie podręcznikach, monografiach i sprawozdaniach leczniczych spotykamy się z określeniem, że leczenie przekwitania jest jedynie symptomatyczne, że nie mamy środka, któryby umożliwił kształtowanie się okresu przejściowego bezobjawowo. Wielu autorów jest zdania, że stosowanie wyciągów jajnikowych, hormonów żeńskich, nie daje pożądanego wyniku leczniczego. Halban wyszedł z założenia, że klimakterium jest okresem wzmożonej pobudliwości systemu sympatycznego, wobec czego działanie farmakologiczne ma za zadanie zmniejszenie pobudliwości systemu sympatycznego, dalej zmniejszenie rozszerzenia naczyń krwionośnych, wreszcie ma być uspokajającym.

Vignes H. *(La Presse Médicale* 1933) wychodzi z założenia, że leczenie dolegliwości klimakterycznych powinno być indywidualizowane, nie można porównać leczenia tego z leczeniem menopauzy kastracyjnej (operacja czy Rtg.). W klimakterium sztucznie wywołanym folikulina wykazuje dobre działanie, jest ono bowiem zastępujące, zastępuje brak hormonu, wprowadzamy więc tu hormon, którego gruczoł nie produkuje. W klimakterium naturalnym folikulina najczęściej zawodzi, gdyż objawy klimakteryczne nie powstają wyłącznie z powodu samego ustania czynności jajnika, lecz ustanie tej czynności wprowadza zaburzenia w całym systemie gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu dając *hyperthyreoidismus, hyperpituitarismus,* sympatykotonię.

R. Kurzrock *(follicular hormone in the urine as an index of therapy in the menopause, Endocrinology* 1932) stwierdza, że 24-godzinny mocz kobiet z objawami klimakterycznymi w menopauzie sztucznie wywołanej (operacja czy Rtg.) nie zawiera zupełnie hormonów jajnikowych (folikuliny), natomiast u chorych z klimakterium fizjologicznym może wprawdzie również nie zawierać folikuliny, ale przeważnie mimo bardzo silnie zaznaczonych przykrych objawów klimakterycznych zawiera mniejsze lub większe ilości hormonu jajnikowego. Tym właśnie tłumaczy autor dobre wyniki stosowania folikuliny w klimakterium sztucznym a zupełny brak wyniku leczniczego w klimakterium fizjologicznym, gdyż brak hormonu jajnikowego nie jest tylko jedyną przyczyną klimakterium.

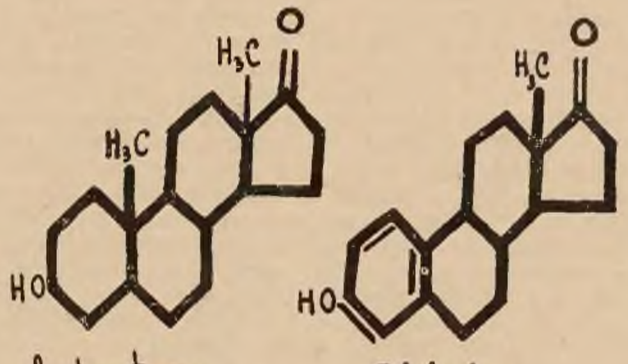
Ile hormonów bierze udział w czynności gruczołów płciowych na razie nie da się powiedzieć. Podzielić je można na 2 grupy:

a) hormony nadrzędne, płciowo nieswoiste, hormony gonadotropowe: przedni płat przysadki mózgowej,

b) hormony swoiste gruczołów płciowych: jajnikowe, jądrowe.

Nadrzędne hormony gonadotropowe pobudzają gruczoły płciowe do dojrzewania, zaś znaczenie gruczołów płciowych jest swoiste: zewnętrzne i wewnętrzne. Sprawa wzajemnego stosunku poszczególnych hormonów względem siebie jest bardzo interesująca, zwłaszcza jeśli chodzi o stosunek hormonów nadrzędnych do swoistych. Działanie dwu tych rodzajów hormonów krzyżuje się prawdopodobnie w ośrodku płciowym śródmóżdża.

Męski hormon płciowy: androsteron jest to nasycony tetracykliczny oksyketon o wzorze chemicznym $C_{19}H_{30}O_2$. Hormon pęcherzykowy to potrójnie nienasycony, również tetracykliczny oksyketon $C_{18}H_{22}O_2$ zaś hormon ciałka żółtego to pojedynczo nienasycony tetracykliczny diketon o wzorze chemicznym $C_{21}H_{30}O_2$. Zwraca uwagę (patrz wzór chemiczny), że hormon pęcherzykowy może powstać z androsteronu przez odwodnienie i przy oddzieleniu jednego atomu węgla. Ostatnio znaleziono w moczu męskim ciała towarzyszące hormonowi o budowie odwodnionego androsteronu, posiadające cechy przejściowe między hormonem męskim a żeńskim.



Androsteron Folikulina

K. Ehrhardt, wychodząc z założenia, że męski hormon jest to nasycony tetracykliczny oksyketon a hormon żeński jest również tetracyklicznym oksyketonem różniącym się trzykrotnym brakiem nasycenia, dalej opierając się na zapatrywaniach Butenandta, że hormon żeński uzyskać można z męskiego przez odwodnienie i odszczepienie jednego atomu węgla, dalej, że oba hormony są pokrewne sterynom, doszedł do przekonania, że *dawne poglądy o absolutnym przeciwieństwie hormonów męskich i żeńskich są niesłuszne.* Przeciwnie: obydwa ciała są pokrewne i pochodzą ze wspólnego ciała macierzystego (steryn) i jedno z nich (hormon żeński) może być otrzymane z drugiego (hormonu męskiego). Te dane chemiczne tłumaczą szereg spostrzeżeń klinicznych, faktów biologicznych i domysłów dawnych (Weininger), że u mężczyzny stwierdzamy również hormon żeński, a u kobiety hormon męski. Wystarczy przypomnieć, że Siebke znalazł w moczu kobiet niecieżarnych, już w ilości 100 cm³ moczu 1 jednostkę kogucią androkininy *(Zentr. f. Gyn.* T. 146. Str. 417), dalej próby stosowania hormonu żeńskiego u mężczyzn z przedwczesnym łysieniem.

Wszystkie znane dotychczas hormony męskie i żeńskie są genetycznie ze sobą związane. Wspólnym ciałem macierzystym (Ružička) jest cholesterol zawarty w ustroju i krążący we krwi, a który poszczególne gruczoły przerabiają na właściwy sobie hormon. Chemia hormonów poczyniła znaczne postępy, jesteśmy dopiero u progu niesłychanie ważnych odkryć. Być może ciała te nie są wcale hormonami i tworami wyłącznie zwierzęcymi, znajdujemy je bowiem u roślin, w bakteriach, w wodach mineralnych, węglu i nafcie. Ružička otrzymał synte-

tycznie androsteron, identyczny z hormonem płciowym męskim. Synteza nie jest jednakże całkowitą, ponieważ punktem wyjściowym jest cholesterol, którego na razie nie udało się uzyskać syntetycznie. Na razie nie ulega wątpliwości, że przez uwodorowanie pierścienia benzenowego folikuliny i wprowadzenie grupy metylowej, otrzymuje się ciało o właściwościach hormonu męskiego, *jest więc możliwe, że w ustroju jeden hormon przechodzi w drugi!* Opierając się na powyższym, następnie po stwierdzeniu od szeregu lat, że hormon męski jest wybitnym *tonicum* dla obu płci (M a r g i e l, niemoc płciowa, Wiedza Lekarska Z. V i VI, 1934) poczęliśmy stosować w leczeniu objawów klimakterycznych u kobiet androsteron, hormon męski. Wybraliśmy z całego szeregu preparatów hormon Spiessa pod nazwą Testohormin, gdyż odpowiada standaryzacją wymaganiom Konferencji dla standaryzacji odbytej w Londynie 15—17 lipca 1935. Hormon męski, Testohormin stosowaliśmy w ampułkach; 1 cm³ odpowiada 4 jednostkom kogucim (j. k.) i w tabletkach po 2 j. k. Wypadki uporczywe leczyliśmy wstrzykiwaniem po 20 j. k. w 1 cm³, niestety te ukazały się w sprzedaży od niedawna.

S k o w r o n i T u r y n a stwierdzili doświadczalnie, że hormon męski ma wpływ na narząd rodny kobiecy podobnie jak folikulina. Stosowany wspólnie z folikuliną ma działanie silniejsze niż folikulina sama. Nie znamy dokładnie mechanizmu i chemizmu działania hormonów heteroseksualnych, lecz zostały one zaobserwowane i stwierdzone. E. d e J o n g h *(Archiv int. Physiol.* 1935) stwierdził, że folikulina zwiększa *libido,* a u samców zwiększa impotencję. Przypadki, w których stosowaliśmy jako środek leczniczy wyłącznie hormon męski (w tym wypadku Testohormin) są tak dalece zachęcające, że wymagają zastanowienia i wypróbowania szerszego. Opieramy się na skromnym materiale, ale przypadki, które opiszemy poniżej, zachęcają do dalszego wypróbowania tego sposobu leczenia klimakterium u kobiet. T. M o r e l l *(D. M. W.* 1934) stosował hormon męski u kobiet i uzyskiwał bardzo dobre wyniki.

Przypadek 1. P. J., żona kapitana W. P., lat 49. Od 47 roku życia zupełne ustanie czynności jajnikowej. 1 raz rodziła, 1 raz roniła bez wiadomej jej przyczyny. Nigdy nie przechodziła chorób ciężkich (jako dziecko szkarlatynę w 6 r. życia bez powikłań). Wywiady rodzinne bez znaczenia, zdaje się jej, że matka straciła wcześnie miesiączkę. Od czasu ustania miesiączki przytyła o 6 kg i waży obecnie 74.400 kg. Cierpi na uderzenia krwi do głowy, blednięcie i czerwienienie, męczy ją niesłychanie prawie stały ból głowy i uczucie gorąca napływającego do twarzy. Ma zawroty głowy i szum w uszach. Laryngolog określił cierpienie jako nerwowe. Apetyt zmienny, stolce zaparte. Śpi dobrze.

Ginekologicznie nie stwierdza się zmian chorobowych: klimakterium. Przy badaniu wewnętrznym: nad aortą II ton zaakcentowany. Parcie krwi 220/125 mm Hg. W moczu ślad białka. Badany osad: tu i ówdzie w polu widzenia ciałka białe (2—3), nieliczne kryształki szczawianu wapnia. Odruchy ścięgniste i okostnowe w k. g. i k. d. podwyższone. Dermografia. Wassermann krwi (—).

Leczenie: Chora otrzymała 24 zastrzyki podskórne Testohormin à 4 j. k. i 3 razy dziennie po 2 tabletki Testohormin à 2 j. k. Po 3 tygodniach parcie krwi spadło na 154/80 mm Hg, ustąpił ból głowy, pozostało jedynie czerwienienie i blednięcie na twarzy. Poza Testohormin nie otrzymała chora żadnych innych leków.

W 80% przypadków występuje w klimakterium wzmożone parcie krwi między 140—200 mm Hg (Oczywiście wykluczyć należy *nephritis,* miażdżycę, nefrosklerozę). M o o s b a c h e r i M e y e r zaprzeczają jakoby w klimakterium występowało wzmożone parcie krwi, gdyż obserwowali po wytrzebieniu zniżkę parcia. W ogóle jednak autorowie na podstawie badań adrenalinowych twierdzą, że w klimakterium występuje wzmożone parcie z powodu wzmożonego napięcia *sympaticus* (C h r i s t o f o l e t t i, A d l e r), a S c h i c k e l e sądzi nawet, że wraz z ustaniem czynności jajnikowej odpadają pewne ciała (przez niego w jajnikach wykazane) a obniżające parcie krwi, i trwa to tak długo, aż inne gruczoły wewnętrznego wydzielania dostosują się do zmienionych warunków ustroju. Jedna z teoryj powstawania nadciśnienia (K y l i n — choroby hipertoniczne) jako przyczynę podaje zaburzenia w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu. K o r p o l l a stwierdził niedomogę gruczołów płciowych u mężczyzn z nadciśnieniem. U kobiet w klimakterium występuje wzmożone parcie co potwierdza teorię. Stosowany w tych przypadkach menformon nie dawał wyników u kobiet, natomiast znacznie lepszy wynik leczniczy występował u mężczyzn. To dało impuls do stosowania androsteronu u kobiet i okazało się, że androsteron znacznie lepiej obniżał parcie krwi u kobiet, niż u mężczyzn. M a y r h o f e r stosował tę metodę u kobiet i w 7 przypadkach na 8 uzyskał bardzo dobry wynik po 2 tygodniach: z 220/120 mm Hg spadło ciśnienie krwi na 145/70 mm Hg a z 250/120 mm Hg spadło parcie na 160/90 mm Hg.

Hipertonja nie występuje oczywiście we wszystkich przypadkach klimakterium. Błędnym jest wyciąganie jakichkolwiek wniosków z jednorazowego mierzenia parcia, gdyż nie wysokość lecz zmiany w wysokości parcia są charakterystyczne dla klimakterium. Rozpoznanie stawiać można jedynie *per exclusionem.*

Przypadek 2. G. H., lat 46, żona prof. gimn. Od 14 miesięcy zupełne ustanie czynności jajnikowej. 2 razy rodziła, nigdy nie roniła. Od roku cierpi na bóle nóg i rąk, łatwo się nuży przy chodzeniu lub wykonywaniu stosunkowo lekkiej pracy, przede wszystkim jednak wie, że zmieniła się psychicznie, że znajomi określają ją jako dokuczliwą i złośliwą a nigdy taką nie była. Zdaje sobie sprawę, że w wielu wypadkach jest niesprawiedliwa, ma dziwny żal do męża, który dobrze wygląda, kiedy ona jest tak bardzo chora. Straciła ochotę do życia, i wiele spraw poprzednio bardzo interesujących i dających zadowolenie (sprawy społeczne) dziś są obce i wydają się niepotrzebne. Wogóle obecnie jest smutna, czasami występują okresy gwałtownego pożądania seksualnego, ale za partnera nie chciałaby męża, trzeźwego i bez „polotu poetycznego". Dzieci nie interesują jej obecnie, widzi, że nie potrzebują jej, coraz bardziej oddalają się od niej, i są chwile w których ich nienawidzi, gdy w kwestiach spornych odpowiadają jej z pobłażaniem, że teraz są inne czasy i że ma staromodne zapatrywania. Dochodzi do przekonania, że właściwie nie była szczęśliwą w małżeństwie i że mogła inaczej i piękniej wszystko sobie ułożyć. (Podczas wywiadów często płacze). Apetyt zmienny, przytyła znacznie (nie ważyła się), zaparcie stolca, w nocy nie śpi dobrze. Chorób cięższych nie przechodziła. Zawsze była poważna, sztywna w obcowaniu z ludźmi, impulsywna w pożyciu z bliskimi osobami, nerwowa.

Ginekologicznie: macica w tyłozgięciu, klimakterium. Internistycznie: nie stwierdza się zmian w narządach wewnętrznych. Odruchy okostnowo-ścięgniste bardzo żywe, kloniczne. Wybitne pocenie. Parcie krwi 195/110 mm Hg. Mocz bez zmian. Wassermann krwi (—). Wyraźna bolesność wzdłuż *a. femoralis.*

Leczenie: Z powodu silnego zdenerwowania NaBr 12/200,0 4 razy dziennie łyżka stołowa. Chora otrzymała 24 zastrzyków Testohormin à 4 j. k. i 3 ampułki à 20 j. k. Już po 16 dniach leczenia parcie krwi obniżyło się do 165/70 mm Hg. Jest bardziej zrównoważona, znacznie spokojniejsza, „patrzy na świat i jego przejawy filozoficznie", zrozumiała, że są pewne rzeczy nieuniknione i że każdy wiek może przynieść swoje radości. W nocy śpi doskonale. Schudła nieco (poprzednia waga 65 kg spadła na 61,1 kg). Celem zmiany otoczenia wysłaliśmy chorą do *Muszyny* celem pobrania kąpieli kwasowęglowych, mających doskonały wpływ na objawy klimakteryczne (M a r g i e l: O znaczeniu kąpieli solankowych i kwasowęglowych w leczeniu schorzeń przewlekłych. Pol. Gaz. Lek. Nr. 39 i 40, 1934).

Hipertonja klimakteryczna jest następstwem nagle występujących skurczów naczyniowych z bolesnymi sensacjami *(valsagiae)* lub bez nich. Zdarzają się jednakże przypadki klimakterium z hipotonią. Zespół objawów Mannaberga (hipertonia i tachykardia) nie są tak częste, częstsze są hipertonia i bradykardia. Występujące skurcze naczyniowe w formie ataków podobne są do takich samych występujących w mięśniówce drobnych oskrzeli i dlatego nierzadko występuje w klimakterium dychawica oskrzelowa.

Przypadek 3. K. M., lat 54, żona konduktora kolejowego. Od 3 lat menopauza. Od 2 lat wystąpiło swędzenie w okolicy płciowej i odbytnicy. Była już u całego szeregu lekarzy, dostawała jakieś zastrzyki wywołujące gorączkę (proteinoterapia), była w Krynicy, pobierała rozmaite kąpiele, naświetlania, wszystko bez wyniku, choć ostatnio swędzenie jest nieco słabsze. Mocz bez zmian. Wassermann krwi (—). Ginekolog skierował ją do neurologa.

Przy badaniu *ad vulvam nihil.* Rozpoznanie: *pruritus vulvae in ind. c. climact.* Ponieważ wszelkie leczenie jest wogóle niewdzięczne (najwięcej wyniku dają zastrzyki *natr. sicilic.* a chora już je otrzymała bez skutku), postanowiliśmy spróbować hormonu męskiego.

Ponadto stosowaliśmy leczenie symptomatyczne celem uśmierzenia dolegliwości. Po 3-tygodniowym leczeniu wynik był uderzający: swędzenie w zupełności ustąpiło. Chora otrzymała 24 zastrzyki Testohormin po 4 j. k. i 3 razy dziennie po 2 tabletki, razem 16 j. k. dziennie, ponadto kąpiele z dodatkiem mentolu i co drugi dzień 10 cm³ 10% *Natr. bromat.* dożylnie. Ponieważ chora już poprzednio brała kąpiele gazowe, jodobromowe i dostawała zastrzyki bromu, wynik leczniczy musimy przypisać hormonowi męskiemu. Oczywiście nie wyciągamy na razie żadnych wniosków ostatecznych, jak nie usiłujemy na razie tłumaczyć mechanizmu czy chemizmu działania hormonu męskie-

go przy *pruritus vulvae*, ograniczamy się w tej chwili jedynie do tej krótkiej notatki leczniczej. Wrócimy do tego tematu przy większym materiale doświadczalnym. W każdym razie wynik jest bardzo zachęcający.

Co do istoty *pruritus vulvae* sprawa nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona i podczas gdy pewna część autorów uważa schorzenie to za skórne, miejscowe, inna część, znacznie większa uważa je za neurozę. Novak zaś sądzi, że mamy tu podrażnienie czuciowych zakończeń nerwowych sromu, poprzedzające starczą inwolucję tych nerwów. Ostatnio Buschbeck (*Zbl. f. Gyn.* 1936, 92) i Kaufmann (*Zbl. f. Gyn.* 1936, 851) osiągnęli bardzo wybitne wyniki lecznicze przy świądzie bardzo uporczywym stosując olbrzymie dawki folikuliny (80 a nawet 120—240 mg Oestradiolbenzoatu!). Własnych doświadczeń tego rodzaju nie mamy dotąd. Średnie dawki jak np. 10.000 j. m. (1 mg) folikuliny dziennie dłuższy czas stosowane nie dały nam w naszych przypadkach żadnych wyników.

Przypadek 4. H. Z., lat 55, żona fryzjera. Dotychczas nigdy nie chorowała. Przed rokiem straciła miesiączkę. Od tego czasu poczęła chorować i ustawicznie boli ją co innego. Przed kilku miesiącami bolały ją stawy, później mięśnie nóg, obecnie do tego dołączyły się bóle głowy, szum w uszach, czasami świsty „jakby maszynista kolejowy wypuszczał parę z kotła", miganie przed oczyma, robi się jej gorąco i zimno na przemian, ma zawroty głowy, czasem ma jakby siatkę przed oczyma. Czasami jest jej duszno, bardzo często kłuje w okolicy serca. Zdaje sobie sprawę, że nie będzie długo żyła, gdyż ma sklerozę. Przed 3 miesiącami wystąpiły krwawienia trwające 2 dni, tak że przypuszczała miesiączkę, ale od tego czasu więcej się to nie powtórzyło. Badanie ginekologiczne (Zwilling) nie stwierdza żadnych zmian w częściach płciowych. Rozpoznanie: klimakterium. Narządy wewnętrzne: serce: nad aortą II ton zaakcentowany, tak samo nad płucną tętnicą. Tętno 90 na min. Płuca bez zmian. W jamie ustnej proteza. W migdałkach zmian nie zauważono. Stawy przy ruchach wydatnych niebolesne, nieobrzękłe, płaskie stopy. Mięśnie k. d. bolesne na lekki ucisk (nie wasalgie), hiperestezja skóry. Mocz bez zmian. Wassermann krwi (—.) Parcie krwi 220/140 mm Hg.

Zastosowaliśmy u chorej hormon męski, gdyż dotychczasowe leczenie (jodcalciumdiuretyna, klimasan) nie dały wyniku. Chora otrzymała 24 zastrzyki Testohormin à 4 j. k. i 3 razy dziennie po 2 tabletki tj. dziennie 16 j. k. (Obecnie sprawa jest znacznie uproszczona, gdyż wprowadzono zastrzyki Testohormin po 20 j. k. w 1 cm^3). Po 20 dniach parcie mierzone codziennie i wykazujące duże wahania, ostatecznie obniżyło się do 170/90 mm Hg. Ustąpiły bóle stawowe i mięśniowe (te ostatnie niezupełnie), zniknęły niemiłe objawy w oczach i uszach (miganie i szum), ustąpił ból głowy, „jest znacznie silniejsza i wierzy, że jeszcze trochę będzie żyła".

Przekroczyłoby znacznie ramy tego skromnego sprawozdania opisywanie wszystkich przypadków leczonych hormonem męskim. Dotychczas zebraliśmy 31 przypadków klimakterium u kobiet leczonych hormonem męskim (Testohormin). Materiał jest oczywiście mały dla wyciągania wniosków ostatecznych, ale wyniki są bardzo zachęcające.

Klimakterium jest schorzeniem, w którym z powodu naglego lub powolnego ustania czynności jajnikowej przychodzi do zaburzeń w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu, czy to na drodze chemicznej czy nerwowej. Objawy na jakie skarży się kobieta zależne są od typu więziowego i jedynie on warunkuje ekstensywność i intensywność objawów. Zaburzenia hormonalne obok więzi odgrywają rolę pierwszorzędną. Trudno podzielić zaburzenia klimakteryczne na wago czy sympatykotoniczne, klimakterium jest okresem heterotonii.

W leczeniu zawodzi folikulina. Bardzo dobre wyniki uzyskaliśmy przy stosowaniu hormonu męskiego: Testohormin Spiess standaryzowanego na 4 i 20 j. k. w 1 ampułce do wstrzykiwań podskórnych i na 2 j. k. w tabletkach. Hormon męski okazał się ponadto potężnym tonicum u kobiet z objawami klimakterycznymi.

Piśmiennictwo:

F. Jayle: La Presse Médicale. 1935. Nr. 9. — v. Kafka: W. med. Woch. 1935. Nr. 2. — J. B. Collip: The Journal of the A. M. A. 1935. — A. Butenandt: Zentr. f. Gyn. 1935. Nr. 2. — L. Waldeyer: Ztbl. f. Gyn. 1934. Nr. 49. — A. Guillemin: La Gynécologie. 1934. Nr. 33. — K. Ehrhardt: M. med. Woch. 1934. Nr. 48. — A. v. Arvay: Endocrinologie. 1934. T. 6. — Tenże: Endocrinologie. 1934. T. 5. — H. Mayrhoffer: Wien. med. Woch. 1935. — Fuller Albright: Endocrinology. 1936. Nr. 24. — E. Stransky: Neurosen b. Weibe. — W. Benthin: Med. Klinik. Nr. 8, 9, 10. — Edgar Allen: Fizjologia ciał rujotwórczych. — Kretschmer: Körperbau und Charakter. — Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis. — Stekel: Impotencja mężczyzny. — H. Kogerer: Procesy rodne i neurozy. — G. Ewald: Zaburzenia psychiczne kobiety. — J. Nowak: Łączność narządów rodnych z przewodem pokarmowym. — N. Jagic: Schorzenia systemu naczyniowego w związku z patologią biologiczną kobiety. — R. Schröder: Patologia menstruacji. — J. Wiesel: Klinika wewnętrzna klimakterium. — J. Parnas: Endokrynologia Lekarska. Z. 1. — A. Werner: Gruczoły płciowe żeńskie. — R. Schaefer: Endokrynologia Lekarska. Z. 1. — K. Jaspers: Psychopatologia. — Kylin: Hypertoniekrankheiten. — Margiel: Pol. Gaz. Lek. Nr. 13. 1936. — Tenże: Wiedza Lekarska. Z. V, VI. 1934. — Tenże: Therapia Nova. Nr. 4. 1934. — Tenże: Wiad. Ter. 1934.

LIST DO REDAKCJI.

Wielmożny Panie Redaktorze!

Wyjaśnienie Komitetu redakcyjnego „Jednodniówki Truskawieckiej" umieszczone w P. G. L. Nr. 39 z 27 września br. usprawiedliwiające lekarza Maksymiliana Kurzroka w sprawie niewymienienia nazwisk podpisanych autorów w jego popularnie ujętym szkicu o lecznictwie w Truskawcu, przyjmujemy do wiadomości.

Natomiast musimy się zastrzec przeciwko klasyfikacji autorów prac nad Naftusią na „prominentnych" i „pokrzywdzonych", co p. Kurzrok w swojem wyjaśnieniu czyni, ponieważ nie może on stanowić instancji kwalifikującej wartość prac naukowych zwłaszcza, że jeden z autorów przez niego wyszczególnionych, Doc. Dr. Laskownicki, w swojej pracy „Badania kliniczne działania Naftusi" (P. G. L. Nr. 12 i 13 z r. 1933), powołuje się nie tylko na prace Dr. Praschilla, ale również na prace trzech podpisanych autorów, nie dzieląc tych prac na więcej lub mniej ważne.

Co do uwagi wyżej wymienionego p. Kurzroka o „plejadzie" innych przez niego również pominiętych autorów, dodajemy dla orientacji, że owa „plejada" autorów, którzy opublikowali swoje prace o Naftusi nie jest tak wielką, ponieważ p. Kurzrok w swoim szkicu zatytułowanym „Lecznictwo w Truskawcu i na Pomiarkach" (P. G. L. Nr. 21, 1934) w ustępie traktującym o Naftusi, poza Dr. Praschilem, Doc. Dr. Laskownickim i trzema podpisanymi, nie przytacza ani jednego nazwiska owej „plejady" pominiętych, jak również nawet bezosobowo o nich nie wspomina.

Dziękując WPanu Redaktorowi za pozwolenie wypowiedzenia się w tej sprawie na łamach P. G. L. zamykamy równocześnie wszelką dalszą dyskusję na ten temat i łączymy wyrazy prawdziwego poważania

Dr. Juliusz Monis (Truskawiec—Warszawa).
Dr. Karol Knossow (Truskawiec—Lwów).
Chemik Dr. Juliusz Flaszen (Truskawiec—Kraków).

BIBLIOGRAFIA.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Gruźlica. Nr. 4. 1936. Gołaszewska W. i Skibiński Z.: Odczyny dopełniacza w gruźlicy u dzieci. — Wawrzyniak St.: Doświadczenia kliniczne z odczynem serologicznym Meinickego w gruźlicy płuc dorosłych. — Ptaszek L.: Toksyhemoglobina i jej znaczenie w przemianie oddechowej w gruźlicy. — Himmel I. i Stopczyk J.: Odczyn płytkowy w gruźlicy płuc leczonej odmą piersiową. — Grycewicz M. i Zaleski M.: Diagnostyka rentgenowska (tomografia) i klinika ognisk okrągłych w gruźlicy płuc. — Gackowski J.: Przymiot gardzieli.

Nowiny Lekarskie. Z. 19. 1936. Bajoński J.: Operacyjne wyjałowienie po powtórnym cięciu cesarskim. — Stöckl E.: O obrazie histologicznym jajników w przypadkach raka części pochwowej. — Czyżak: W sprawie rozpoznania i leczenia gruźlicy narządów rodnych. — Krzymiński J. jr.: Przypadek donoszonej ciąży jajowodowej uszypułowanej. — Szygowski L.: Praktyczne wskazówki o istocie i leczeniu upławów u kobiet. — Majer W.: Ginekologia wczoraj a dziś. — Metler St.: Przypadek obustronnego raka jajnika (disgermi-

noma). — Matzke: Krwawienia jajnikowe z pęcherzyków Graafa oraz ciałka żółtego na tle nie-ciążowym. — Puzyrewicz A.: Świąd sromu. — Wyrwicki: W sprawie unikania lekarskich pomyłek w położnictwie. — Sławiński: O zlepieniu się ujścia zewnętrznego macicy (conglutinatio orificii externi uteri). — Banjecki B.: Myoma cysticum. — Kaschube Gw.: Trombocyty we krwi rodzących, położnic i noworodków. — Bylina J.: Rak w kikucie po nadpochwowym odcięciu macicy.

Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych. T. XV. 1935. Kosmala K.: Feliks Nawrocki jako fizjolog i historyk medycyny. — Gerstenberger J. i Stasch R.: O epidemii cholery azjatyckiej w Poznaniu w 1837 roku. — Męczkowski W.: Szpitale dawnej Rzeczypospolitej w uchwałach synodów polskich (wydał L. Zembrzuski). — Wrzosek A.: Życie i działalność naukowa Stanisława Trzebińskiego (rozdz. II). — Györffy J.: Dr. Tytus Chałubiński. — Trzebiński St.: Transcendentalizm a wiedza przyrodnicza i lekarska. — Wize K.: Pięć cnót kardynalnych lekarza.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 36. 1936. Miller W.: Patogeneza rzeżączkowego schorzenia stawów. — Herman E. i Merenlender I. J.: Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga (c. d.). — Eisenfarb J.: Przyczynek do powstawania niedokrewności nadbarwliwej i zaburzeń gospodarki wodnej w schorzeniach miąższowych wątroby (dok.). — Wajngot A.: Agranulocytoza polekowa (dok.). — Mikułowski W.: O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej (c. d.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 37. 1936. Miller W.: Patogeneza rzeżączkowego schorzenia stawów (dok.). — Herman E. i Merenlender J.: Opis kliniczno-anatomiczny przypadku choroby Cushinga (dok.). — Stein J.: O tworzeniu biliwerdyny w hodowlach tkankowych wątroby zarodków kurzych. — Kermisz J.: Lekarze i aptekarze w Lublinie na schyłku dawnej Rzeczypospolitej. — Mikułowski W.: O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej (c. d.).

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 9. 1936.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 39. 1936.

Młoda Matka. Nr. 19. 1936.

Pielęgniarka Polska. Nr. 9. 1936.

Przemysł Chemiczny. Nr. 6—7. 1936.

Therapia Nova. Nr. 9. 1936. Ostoja-Ostojski E.: Na marginesie hepatoterapii. — Kalinowski T.: Rozpoznanie i leczenie czerwonki.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 40. 1936. Dadlez J. i Koskowski W.: Uwagi w sprawie klasyfikacji gazów bojowych.

OCENY.

Le Cancer. Etudes anatomo-cliniques. (Rak. Badania anatomiczno-kliniczne). I. STOÏA i P. STANCIULESCO. Masson et Cie. 1936.

Anatomiczno-kliniczne opracowanie takich schorzeń, jak pierwotny rak płuc, nowotwory kości, jądra, jajnika, opłucnej, nerki, tarczycy, wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych, jest niewątpliwie zadaniem godnem trudu. Monografia lekarzy rumuńskich, p. p. Stoïa i Stanciulesco, posiada jednak pewne usterki formalne, które czynią jej lekturę niewdzięczną. Oczywiście nie biorę tu pod uwagę nomenklatury i podziału nowotworów według wzorów francuskich, który to podział, nie przyjęty w Polsce, już sam przez się może być przyczyną pewnego zamieszania. Pomijam również zaliczenie ziarnicy złośliwej (umotywowanie nie wytrzymuje krytyki) do nowotworów, czego poza Francuzami nikt już nie czyni. Zasadniczą usterką jest jednak język francuski, niezupełnie przez autorów opanowany, oraz jaknajfatalniejsza korekta (książka wydana przez firmę Masson, drukowana jest jednak w Bukareszcie), dzięki czemu, począwszy od przedmowy, a skończywszy na ostatniej stronie, roi się od błędów gramatycznych, ortograficznych i korektorskich. Mimo, że książkę wydano na pięknym, kredowym papierze, fotografie i mikrofotografie są mało przejrzyste. Niektóre rozdziały, np. rozdziały o karcinoidzie wyrostka robaczkowego i o ziarnicy złośliwej, nie uwzględniają nowszego piśmiennictwa.

Mimo tych usterek, znaleźć można w omawianym dziele dość interesujące opisy przypadków, obserwowanych przez autorów klinicznie i anatomicznie.

T. Kielanowski (Lwów).

Leczenie schorzeń chirurgicznych przy pomocy fal krótkich. A. LOB. Wyd. Enke, Stuttgart.

Książeczka ta należy do serii wykładów wydawanych pod kierunkiem E. Lexera na różne tematy z dziedziny chirurgii. Ze względu na rozpowszechnienie lecznictwa krótkofalowego w chirurgii, opracowanie tego tematu treściwe i podanie go specjalnie dla użytku chirurga-praktyka, wydaje się bardzo pożyteczne i celowe. W broszurze omówiono kolejno: podstawy fizykalne tej metody leczniczej, działanie fizjologiczne prądów o wysokiej częstości, technikę, wreszcie wskazania i wyniki leczenia krótko-falowego w chirurgii.

Książka ta powinna znaleźć się w podręcznej bibliotece każdego chirurga.

E. Michałowski (Lwów).

Chirurgia raka płuc. O. LAMBRET, H. MALATRAY, J. DRIESSENS. Wyd. Masson et Cie. Paris.

Pierwotny rak płuc uważany przedtem za rzadki, dzięki rozwojowi metod diagnostycznych okazał się schorzeniem wcale częstym. Jedynym radykalnym dzisiaj leczeniem w tych przypadkach jest całkowite jednostronne usunięcie zajętego płuca tzw. *pneumectomia totalis.* Leczenie energią promienistą zawiodło. Do niedawna uważano pneumektomię za zabieg heroiczny, mający bardzo niewielkie szanse powodzenia. Obecnie zaczynają się mnożyć obserwacje przypadków raka płuc leczonych chirurgicznie z powodzeniem. Wyłoniła się więc konieczność zestawienia dotychczasowych naszych wiadomości w tym kierunku, przede wszystkim dla ustalenia techniki t. zw. pneumektomii całkowitej. Temu właśnie celowi służy omawiana książka. Opracowano w niej anatomię, klinikę i diagnostykę raka płuc, dalej wskazania operacyjne, wreszcie technikę zabiegu, kładąc na ten ostatni rozdział główną wagę.

Książka powyższa wprowadza czytelnika w nową i rokującą nadzieje dziedzinę chirurgii.

E. Michałowski (Lwów).

Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. (Zaburzenia świadomości osobowości i pokrewne zjawiska obcości). K. HAUG, przedmowa Prof. Rosenfelda. 1936. F. Enke, Stuttgart. Str. 211. Cena: RM 13.60.

Przyjmując, że zaburzenia świadomości jaźni mają tło somatyczne lub, jeżeli ktoś woli, biologiczno-dynamiczne, autor podał skrupulatnie dużo historyj chorób i obszerną literaturę na temat depersonalizacji.

Na początku monografii, która ma podtytuł „studium kliniczne i psychologiczne", autor omawia kwestie teoretyczne, jak teorie depersonalizacji, itd. Następuje dział kazuistyczny, który zawiera obserwacje dep. w różnych jednostkach chorobowych, neurologicznych, psychiatrycznych i mieszanych. Autorowi chodzi o udowodnienie, że dep. nie jest jedynie objawem swoiście chorobowym, ale że spotyka się ją często w psychologii codziennej u zdrowych; nie tylko u pierwotnie „psychicznie" chorych, ale również w przypadkach schorzeń neurologicznych i mózgowych, poza tym w zatruciach wewnątrz- i zewnątrzpochodnych. Objaw dep. może łatwo wywołać podejrzenia o rozszczepienia umysłowe, nie jest jednak charakterystycznym dla schizofrenii.

Mimo, że zaburzenia noszą cechę subjektywnych, autor nie uważa ich za zaburzenia czysto psychiczne. Objaw, który się zdarza w chorobach organicznych, musi mieć podłoże swe w procesach życiowych. Że podłoża takiego należy szukać również w nerwicach i psychozach, jest tylko wnioskiem logicznym wobec pokrewieństwa niektórych nerwic z wymienioną grupą cierpień mózgowych.

W dziale filozoficznym pracy znajdujemy wśród rozważań ogólnie psychologicznych definicję depersonalizacji, jako „silniejszego, stopnia wahania uczucia jaźni *(Ichgefühl)*". — (Autorka polska. Jankowska, określiła pojęcie depersonalizacji w jednym z ostatnich numerów Rocznika Psychiatrycznego jako „zmysłowe spostrzeżenia własnych wyobrażeń, rzutowanych na zewnątrz, które są doznawane jako zjawiska przynależne do własnej osobowości — przyp. ref.).

Z natury zagadnienia wynika, że tylko znający pokrewne piśmiennictwo filozoficzne i psychologiczne przyswaja sobie teorie i tłumaczenia autora. Wnioski jego są interesujące i posiadają w ostatecznych swych konsekwencjach niewątpliwie pewną wartość praktyczną dla rewizji naszych poglądów psychiatrycznych, szczególnie w dziedzinie schizofrenii. Wydawnictwo firmy Ferdynand Enke w Stuttgarcie przyczyniło się do dobrej formy zewnętrznej pracy.

Obständer (Bielsko).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Budowa patologiczna limfogranulomatozy. W. HNECK. Kl. Woch. T. 15. Nr. 38. Str. 1337.

Autor wykazuje różnice jakie zachodzą pomiędzy budową ziarnicy zapalnej *(Granulationsgewebe)* a limfogranulomatyczną tkanką — eozynochłonne komórki — komórki olbrzymie nietypowe. Podobieństwo do mięsaka wielkokomórkowego również jest niepełne. Autor podkreśla, że sama budowa daje niejasny obraz procesu, że w tkance ziarninowej widać formy zarówno mięsaka jak włókniaka, choć nie jest ani jednym ani drugim. Istotna natura limfogranuloma wedle zewnętrznych pozorów mogłaby być zapalna, albo nowotworowa. Jaką jest może rozstrzygnąć tylko fizjologia patologiczna. Autor uogólnia ten przykład, wskazując na różne zadania morfologii (analityczne) i fizjologii (syntetyczne), które w poglądach na całość przyrody zaznaczyć się muszą. *W. Moraczewski* (Lwów).

O bezbolesnych postaciach zawału mięśnia sercowego. J. CHRZANOWSKI i A. BENDER. Warsz. Czas. Lek. Nr. 8—9. 1936.

Uważa się zwykle ból za jeden z najgłówniejszych objawów zawału mięśnia sercowego. Jednak niemal równe co do częstości są postacie bezbolesne, jakkolwiek nie zawsze trafnie rozpoznawane. Na 20 przypadków zawału m. sercowego, obserwowanych przez autorów, 8 przebiegało bez bólu. W 3 przypadkach zawały mięśnia sercowego przebiegały skrycie pod postacią zwykłej niedomogi serca i w 2 z nich dopiero badanie sekcyjne dało rozpoznanie.

W 2 innych przypadkach na pierwszy plan wybijała się gwałtowna duszność, niewspółmierna do wyników badania fizykalnego serca i płuc.

U 2 chorych wystąpiła nagle zapaść z załamaniem się całego układu sercowo-naczyniowego: zasłabnięcie do utraty przytomności, bladość, zimny pot, rytm cwałowy, spadek ciśnienia krwi.

W jednym przypadku główną cechą zawału był częstoskurcz napadowy pochodzenia komorowego. Najważniejszym objawem bezbolesnej postaci zawału mięśnia sercowego jest niewspółmierność między przerostem lewej komory, a niskim parciem krwi, oraz załamanie się układu sercowo-naczyniowego bez uchwytnego powodu u osobników z sercem uprzednio dość silnem.

Zmiany elektrokardiograficzne noszą cechy zmian ogólnie spotykanych w zawale mięśnia sercowego.

H. Weber (Lwów).

W sprawie choroby Gee-Hertera. R. S. MACH. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 5. T. XXVI. 1936.

Choroba Gee-Hertera pierwotnie opisywana jako wyłącznie występująca w wieku dziecięcym, opisywana jest również i u dorosłych, i wykazuje wiele cech wspólnych ze *Sprue* tropikalną. Autor opisuje przypadek chorego z objawami długotrwałego rozwolnienia, połączonego z bardzo silnym wychudzeniem, wrzodziejącym zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, zmniejszoną kwasotą żołądkową, niedokrwistością typu hiperchromicznego, leukopenią i limfocytozą. Stolec wykazuje obecność wielkiej ilości kwasów tłuszczowych i tłuszczów obojętnych. Chory wydziela kałem około 80% tłuszczu spożytego, z tego 47% pod postacią kwasów tłuszczowych, 24% jako tłuszcze obojętne, 5% cholesteryny, 4% mydła. A zatem zaburzenie w trawieniu i wchłanianiu tłuszczów. Badanie soku trzustkowego i żółci wykazuje stosunki prawidłowe.

Leczenie: Chory otrzymywał dietę złożoną wyłącznie z owoców i surowych jarzyn, nadto wyciąg z drożdży i witaminę C. Pod wpływem tego leczenia występuje po kilku miesiącach zupełne wyleczenie. Po upływie roku chory spożywa mięso i tłuszcze bez żadnej dolegliwości. Zdaniem autora, schorzenie opisane jest wynikiem awitaminozy, chodzi o witaminy D, B_2 i C. Również i wynik badań doświadczalnych jak i występowanie gnilca w przebiegu omawianej choroby przemawiają za poglądem autora. *M. Scheps* (Lwów).

Wartość badania przemiany podstawowej i ilości cholesteryny we krwi po wycięciu tarczycy. M. PIJOAN i M. BÉRARD. Presse Méd. Nr. 67.

Autorowie przytaczają liczne badania wykazujące, że oznaczanie przemiany podstawowej nie zawsze zgadza się z klinicznymi objawami czynności tarczycy. Dlatego też powinno być ono uzupełnione określaniem ilości cholesteryny, która zazwyczaj lepiej odzwierciedla stan tarczycy: podnosi się w nadczynności a spada po wycięciu tarczycy. W jednym przypadku po wycięciu tarczycy po wystąpieniu wyraźnych klinicznych objawów obrzęku śluzakowego z przemianą podstawową —30, podniosła się ona po 3 dniach podawania dwunitrofenolu na +40, chociaż żadnych objawów nadczynności tarczycy nie było. Natomiast poziom cholesteryny pozostał niezmieniony. Przy oznaczaniu cholesteryny należy pamiętać, że na jej poziom we krwi wpływają inne stany jak cukrzyca, zapalenie nerek, otłuszczenie oraz okresy miesiączkowe. Dlatego po wycięciu tarczycy nie można polegać tylko na próbach pracownianych, ale należy dokładnie obserwować klinicznie. *Skowroński* (Lwów).

Mikrobiologia i serologia.

W sprawie leczenia choroby Banga szczepionką wstrzykiwaną dożylnie. L. LORENZONI. Rassegna Internaz. di Clinica e Terapia. T. XV. Nr. 21. 1935.

Autor próbował wymienioną metodę leczenia w 3 przypadkach choroby Banga, wstrzykując dożylnie w odstępach 3—7-dniowych szczepionkę początkowo w ilości 5,000.000 zarazków, dochodząc w dalszym ciągu leczenia do dawek wynoszących 110,000.000 drobnoustrojów. Otrzymywał odczyny bardzo gwałtowne: dreszcze, wysoką ciepłotę do 41°, wymioty, raz podrażnienie nerek. Brak zupełnie wyniku leczniczego. Objawy chorobowe wracały w krótki czas po leczeniu; natomiast pobyt w górach sprowadzał szybkie wyzdrowienie. Autor nie radzi stosować szczepionki, i zaleca jedynie leczenie klimatyczne.

M. Scheps (Lwów).

Przyczynek do szczepienia dzieci przeciw durowi brzusznemu za pomocą anatoksyny durowej. B. HELLER-HERMELINOWA. Warsz. Czas. Lek. Nr. 6—7. 1936.

Autorka szczepiła 49 dzieci i 17 osób dorosłych anatoksyną durową, otrzymaną sposobem Zabłockiego i Morzyckiego.

Anatoksynę durową stosowała podskórnie dwukrotnie. U dorosłych i dzieci starszych I dawka wynosiła 0,5 cm³, II — 1 cm³, u dzieci drobnych I — 0,3 cm³, II — 0,6 cm³. Odstęp pomiędzy I a II zastrzykiem wynosił 7—12 dni. Za wyjątkiem dwojga starszych dzieci i jednej osoby dorosłej, u których wystąpiły nieznaczne zaczerwienienia w miejscu zastrzyku, nie było w innych przypadkach odczynu poszczepiennego ogólnego ani miejscowego.

Jako sprawdzianu stopnia uodpornienia użyto odczynu zlepnego z surowicą szczepionego. Krew na odczyn Widala pobrano 42 razy, po upływie 5—19 dni od drugiego zastrzyku anatoksyny durowej. Miana surowic wahały się 1 : 50 do 1 : 1600. Dzieci drobne od 3 miesięcy do 2 lat wykazywały miano niższe niż dzieci starsze, co zgadza się z mniejszą dojrzałością serologiczną dzieci drobnych.

Odczyn Widala wykonany w rok po uodpornieniu dzieci anatoksyną durową wypadał ujemnie lub też spadał do 1 : 40.

Brak miejscowego i ogólnego odczynu poszczepiennego oraz wysokie miano Widala, zachęcają do szczepienia dzieci przeciw durowi brzusznemu anatoksynami durowymi.

H. Weber (Lwów).

O żywotności prątków B. C. G. w ustroju szczepionym. J. ZEYLAND i E. PIASECKA-ZEYLAND. Gruźlica. R. X. Z. 5.

Autorom nie udaje się obecnie wyhodować prątków B. C. G. z narządów dzieci szczepionych i sekcjonowanych techniką dającą w latach 1928—1929 dobre wyniki. Gorsze również wyniki niż w roku 1929 otrzymali autorzy przy doświadczalnym szczepieniu nowonarodzonych świnek, szczepionych dużymi dawkami B. C. G. Widząc w tym zmniejszenie się żywotności B. C. G. w ustroju, autorzy podkreślają konieczność zastosowania środków powstrzymujących dalsze jej zmniejszanie się, mogące obniżyć właściwości uodporniające. *A. Donhaiser* (Katowice).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Obłuszczenie nerki w przypadkach krwotocznego zapalenia. A. CAIN, L. MICHON, R. CATTAN. Ann. de méd. T. 39. Nr. 4. 1936.

Autorzy opisują trzy przypadki krwiomoczu, dwa na tle ostrego zapalenia kłębuszków nerkowych, trzeci na tle nerczycy, opierające się wszelkiemu leczeniu. We wszystkich trzech przypadkach po zastosowaniu jednostronnego obłuszczenia torebki nerkowej (która nadzwyczaj szybko regeneruje) uzyskano całkowite wyleczenie.

Zabieg ten porównać można do wycinania splotu współczulnego przy schorzeniu naczyń krwionośnych. Mechanizm zdrowienia w obu wypadkach wydaje się autorom podobny. Zdaniem ich normalne wydzielanie drugiej nerki, nie operowanej, dochodzi do skutku na drodze odruchowej.

Z. Webersfeld (Lwów).

Leczenie cukrem w zatruciach grzybami. L. BINET i J. MAREK. Presse Méd. Nr. 73. 1936.

Autorowie przeprowadzali badania doświadczalne zatruwając króliki i psy wysuszonym grzybem bedłką jadowitą *(Amanita phalloides)*, która zachowuje swoje własności trujące nawet po 10 latach. U takich zwierząt zatrutych drogą doustną lub podskórną stwierdzali w 8—10 godzin ogólne osłabienie i drgawki, a śmierć występowała w 24—36 godzin. Badania krwi w tym okresie wykazywały znaczny spadek cukru do stanu hipoglikemii, nieznaczny spadek chloru i wzrost mocznika. Opierając się na tym autorowie wprowadzali u dalszych zwierząt cukier dożylnie i na 12 królików zatrutych dawką śmiertelną zdołali uratować 9, podczas gdy wszystkie kontrolne zginęły. W ten sam sposób zdołali uratować psa, któremu podano dawkę śmiertelną doustnie. Uratowane zwierzęta mimo to spadły na wadze, od 3—6 dnia miały cukromocz i białkomocz oraz wzrost mocznika we krwi. Na podstawie tego autorowie radzą w leczeniu zatruć grzybami stosować cukier dożylnie, do odbytnicy lub doustnie.

Skowroński (Lwów).

Leczenie objawów niewydolności płciowej męskim hormonem płciowym. E. BRAUN. Deutsche med. Woch. Nr. 37. 1935.

Preparat androstiny według autora zasługuje na szczególne wyróżnienie, gdyż zawiera całkowity wyciąg z gruczołów płciowych męskich a mianowicie z części nasieniotwórczej i z komórek międzymiąższowych. Zastosowana w odpowiednich przypadkach daje bardzo dobre rezultaty. Autor przedstawia następujące przypadki.

Mężczyzna 42-letni, w r. 1916 przebył lues, wyleczył się; coroczna kontrola wykazywała zawsze wynik ujemny W.-R. Z powodu silnego bólu głowy bez anatomicznej przyczyny wykonano W.-R. z wynikiem ujemnym. Od dwóch lat zmniejszenie pociągu płciowego i zdolności płciowej. Powolne pogorszenie. Silna depresja psychiczna. Leczenie różnymi preparatami było bezskuteczne.

Zastosowano zastrzyki androstiny A i B na przemian codziennie. Już po 6 zastrzykach stan się poprawił. Leczenie było dalej prowadzone przez zastosowanie 6 zastrzyków z coraz większymi przerwami. Chory czuł się coraz lepiej, dolegliwości nerwowe ustępowały, pociąg płciowy i zdolność płciowa wróciły do normy. Ażeby dobry ten skutek utrwalić podawano następnie androstinę w tabletkach. *F. Mikulska* (Warszawa).

Dna a wzrost kwasu moczowego we krwi. M. LABBÉ, P. L. VIOLLE i F. NEPVEUX. Presse Méd. Nr. 60. 1936.

Autorowie zastanawiają się nad teoriami dny i starają się wytłumaczyć, jaka jest przyczyna zwiększonego poziomu kwasu moczowego we krwi. U chorych dnawych nie wykazujących innych zaburzeń badali we krwi stosunek wolnych puryn (kwas moczowy i zasady purynowe) do puryn związanych w nukleotydach przy użyciu metody Tanhausera i Ozorniczera, polegającej na strącaniu białek octanem uranu lub kwasem sulfosalicylowym, otrzymywaniu połączeń miedziowych z purynami wolnymi lub związanymi, i oznaczaniu w nich azotu przy pomocy mikro-Kjeldahla. Stwierdzili, że u chorych dnawych puryny wolne stanowią 90—97% wszystkich połączeń purynowych, natomiast u zdrowych tylko 66%. Chory na dnę nie jest w stanie wydzielić wolnych puryn, ale przyczyna tego nie leży w samej nerce, ponieważ u chorych nerkowych zatrzymywanie dotyczy prawie w jednakowym stopniu puryn wolnych i związanych. To wybiórcze zatrzymywanie puryn wolnych w dnie musi zależeć od zaburzeń poza nerką. Autorowie przypuszczają, że przyczyna zatrzymywania się kwasu moczowego nie leży ani w wątrobie, ani w nadmiernym powstawaniu kwasu moczowego z białek innych jak kwasy nukleinowe, ale że pochodzi to od jakiegoś specjalnego stanu fizyko-chemicznego, który uniemożliwia jego wydalanie przez nerki. *Skowroński* (Lwów).

Leczenie złośliwej błonicy strychniną. G. PAISSEAU, J. BRAILLON, C. VAILLE i F. JANETTE-WALEN. Presse Méd. Nr. 62. 1936.

Autorowie leczyli strychniną 44 przypadki ciężkiej błonicy i mieli prawie 90% wyleczeń, podczas gdy śmiertelność przy zwykłym leczeniu samą surowicą wynosi 30—80%. Podnoszą, że tolerancja na strychninę u takich chorych jest bardzo duża i że nie potrzeba się obawiać kumulacji, ponieważ strychnina dość szybko się wydala lub ulega zniszczeniu przez wątrobę. Strychninę wstrzykują co 3 godziny w dawkach 0,4—2 mg na kg wagi dziennie, zależnie od ciężkości przypadku. Jeden zastrzyk nie powinien zawierać więcej jak 2 mg u dzieci trzyletnich, a od 2—5 mg u dzieci 6-letnich. Dawki należy powoli podnosić w zwykłych przypadkach ciężkiej błonicy, natomiast w postaci silnie toksycznej (kończącej się przeważnie śmiertelnie w 2 pierwszych dniach) należy odrazu wstrzykiwać najwyższe dawki, licząc się nawet z wystąpieniem objawów zatrucia strychniną. W razie wystąpienia tężca można go usunąć przez zastrzyk gardenalu. Do takiego leczenia nadają się przede wszystkim ciężkie przypadki anginy błoniczej, natomiast sprawy krtaniowe (krup) stanowią przeciwwskazanie do stosowania strychniny. Zajęcie nerek lub nadciśnienie, czy miażdżyca u dorosłych nie są przeciwwskazaniem. Prócz strychniny stosowali także surowicę (w ciągu 4—5 dni 200.000 jednostek) oraz wyciągi nadnerczy. Leczenie takie musi być dokładnie kontrolowane i personel pielęgniarski musi być dobrze wyszkolony. *Skowroński* (Lwów).

Leczenie insuliną protaminową. PH. PAGNIEZ. Presse Méd. Nr. 65. 1936.

Autor zestawił piśmiennictwo dotyczące nowego połączenia insuliny z protaminą czyli z kwasami aminowymi: lizyną, argininą i histydyną. Badacze duńscy Hagedorn, Jensen i inni otrzymali to połączenie trudno rozpuszczalne i stosowali je u 85 chorych na cukrzycę. W odróżnieniu od zwykłej insuliny ta insulina protaminowa nie daje gwałtownego spadku cukru we krwi, dlatego nie ma obawy wystąpienia wstrząsu hipoglikemicznego. Najlepiej stosować ją na przemian, jeśli się wstrzykuje dwa razy dziennie, to rano należy wstrzykiwać zwykłą a wieczorem insulinę protaminową. Badacze amerykańscy stwierdzili, że działa ona dłużej i regularniej jak zwykła insulina (nawet przez dwa dni można stwierdzić we krwi jej wpływ), wystarczy więc wstrzykiwać ją tylko raz dziennie. *Skowroński* (Lwów).

Mechanizm powstawania i leczenia śpiączki. H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL i E. LELU. Presse Méd. Nr. 72. 1936.

Autorowie uważają, że samo zakwaszenie nie jest przyczyną śpiączki cukrzycowej. Wprawdzie stwierdza się zawsze spadek zapasu zasad, ale jest to tylko uboczne zjawisko, a nie pierwotna przyczyna śpiączki, czego dowodzi znany fakt, że soda nie jest w stanie uchronić przed śmiercią mimo zalkalizowania krwi. Porównując zmiany we krwi dotyczące ciał azotowych i zachowanie się chloru we krwi i tkankach w dwóch podobnych stanach chorobowych w mocznicy i śpiączce, autorowie dochodzą do wniosku, że są to stany o takiej samej pierwotnej przyczynie. W obu bowiem stwierdza się zaburzenia w przemianie białkowej, które powodują gromadzenie się we krwi ciał z przemiany białkowej (mocznika i polipeptydów), zubożenie krwi w chlor i przechodzenie chloru do tkanek oraz tworzenie się ciał ketonowych. Różnica jest natury ilościowej, mianowicie w śpiączce jest ciał ketonowych bardzo dużo, ale powodem tego jest podstawowe zaburzenie przemiany cukrowej w cukrzycy. W związku z tym leczenie powinno polegać na wprowadzeniu chloru, który posiada zdolność odtruwania produktów białkowych. W śpiączce cukrzycowej na pierwszym miejscu należy postawić insulinę, ale w wielu przypadkach bezmoczu i wzrostu mocznika we krwi sama insulina nie wystarcza i wtedy tylko wlewania 1,4% soli kuchennej i 10% dwuwęglanu sodowego są w stanie uratować chorego. *Skowroński* (Lwów).

Czy arthronosis deformans jest pochodzenia niezapalnego. K. v. NEERGAARD. Helv. med. acta 1935. T. 2. Z. 3. Str. 312—327.

Na podstawie danych z obserwacji klinicznej i obszernie przytoczonego piśmiennictwa autor dochodzi do wniosku, że w patogenezie *„arthronosis deformans"* przewlekły proces zapalny odgrywa rolę ważnego czynnika przyczynowego, współdziałającego z usposobieniem wrodzonym i nabytym, już to ogólnym, wynikłym z podeszłego wieku, już to miejscowym, pochodzenia urazowego. Jako czynnik etiologiczny najczęściej daje się stwierdzić przewlekłe nawracające nieżyty górnych dróg oddechowych, stanowiące punkt wyjścia dla przewlekłych procesów zapalnych bakteryjno-toksycznych i alergicznych w obrębie stawów. Stąd wskazania do rentgenoterapii i leczenia bodźcowego.

W dyskusji Frey podkreśla bezprzedmiotowość przeprowadzania ścisłego rozdziału między arthronosą pochodzenia zapalnego i zwyrodniającego. Rozróżnianie to może być ważne jedynie ze względu na wskazania lecznicze. *B. Petryński* (Lwów).

W sprawie ostrej białaczki. W. HADORN. Helvetica medica acta 1935. T. 2. Z. 3. Str. 328—345.

Przypadki: 1) Mężczyzna, lat 38, niewątpliwa białaczka szpikowa przewlekła, w 2-letniej obserwacji, typowy obraz kliniczny i hematologiczny z liczbą c. b. do 158.000. Po naświetlaniach śledziony głębokie remisje, po czym nagle gorączka, objawy skazy krwotocznej, obrzęk gruczołów chłonnych, we krwi przy 12.600 c. b. 90% ciałek drobnych, mogących odpowiadać ‚mikromyelo-

blastom", z ujemną próbą oksydazową. Po 11 dniach *exitus*, anatomo-patologicznie „białaczka limfatyczna", na podstawie zmian w gruczołach i nacieków w miąższu wątroby i nerek. Nagłe zaostrzenie białaczki przewlekłej pod postacią przełomu paramyeloblastycznego, charakterystycznego tylko dla białaczki ostrej, przy opartym na danych histo-topograficznych rozpoznaniu sekcyjnym białaczki limfatycznej.

2) Dziewczynka 7-letnia, nagły obrzęk wszystkich gruczołów chłonnych, wątroby i śledziony, skaza krwotoczna, niedokrwistość wtórna, ciałek białych 220.000, w tym 43% paramyeloblastów i 56% paralimfoblastów, próba oksydazowa ujemna. Zejście śmiertelne po miesiącu. Klinicznie i anatomicznie obraz ostrej białaczkowej limfadenozy przy obrazie cytologicznym białaczki mieszanej.

3) Kobieta lat 20, w miesiąc po ekstrakcji 2 zębów, objawy skazy krwotocznej, ciężki stan ogólny, wysoka ciepłota, znaczny obrzęk wątroby i śledziony, gruczoły chłonne nie powiększone, w miejscu ekstrakcji mięsakowate bujanie, guzowate zgrubienie kości ramieniowej. We krwi c. b. 7.800 z 50% mielocytów i 13,5% nietypowych („monocytoid") myeloblastów, z próbą oksydazową w poszczególnych komórkach dodatnią. Bujanie w miejscu ekstrakcji histologicznie: *myeloma*. Po 6 dniach c. b. 103.200, 51% nietypowych myeloblastów, 37% myelocytów. Rozpoznanie sekcyjne: białaczka szpikowa. Ostra białaczka szpikowa wielkokomórkowa z guzowatymi nacieczeniami z ognisk myeloblastycznych.

Zagadnienie istotnej różnicy między ostrymi białaczkami szpikowymi i limfatycznymi pozostaje nie rozstrzygnięte. Różnice między paramyeloblastami i paralimfoblastami są nieuchwytne nawet przy użyciu próby oksydazowej, a przy nietypowym umiejscowieniu bujającego utkania mogą stać się przyczyną omyłek diagnostycznych anatomo-patologa. Dane z obserwacji opisanych przypadków upoważniają do wniosku, że w przypadkach ostrych białaczek przychodzi do produkcji nietypowych elementów komórkowych bardzo bliskich komórek mezenchymy płodowej o bardzo rozległej zdolności różnicowania się, zarówno w kierunku szeregu limfatycznego jak i leukocytowego. W przypadkach tych paramyeloblasty, wykazujące cechy morfologiczne szeregu szpikowego, posiadały organotropowość szeregu limfatycznego, dając powód do fałszywego tłumaczenia anatomicznego. Autor proponuje dla przypadków takich nazwę: „*proleukoblastosis acuta*", określającą bliżej genezę i cechy biologiczne nietypowych elementów krwi. *B. Petryński* (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Przyczynki do chirurgii przezpęcherzowej w przypadkach zmian w zakresie szyjki pęcherza moczowego. T. SCHUTTHEIS. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 3. 1935.

Zmiany organiczne szyjki pęcherza mogą być liczne, prowadząc do utrudnionego oddawania moczu, a nawet do zupełnego zatrzymania. Autor podaje szczegółowo stopniowy rozwój potrzebnego instrumentarium do zabiegów przez cewkę moczową. Opisuje obecnie do tych celów używany cysto-uretroskop opatrzony optyką, kabłąkiem (okienkiem) w który wpada nóż i albo od tyłu ku przodowi, albo od strony prawej ku lewej, wreszcie przez rotację całego instrumentu, przy równoczesnej możliwości regulacji. Operacje tego rodzaju nadają się przede wszystkim w *sclerosis sphincteri*, gdzie przez jego nacięcie znosi się zbytnią kurczliwość, następnie w leczeniu cyst i blizn. Gorzej przedstawiają się wskazania do operacji w przypadkach guzów szyjki pęcherza i gruczołu krokowego. Gruczolaki stercza nadają się jedynie we wczesnym okresie i to przy szczególnie dogodnym oddzielaniu się płatów. Zupełnie nie nadają się do tej operacji wielkie gruczolaki, gdyż te łatwo następowo przerastają i dają znowu zwężenia cewki moczowej, oraz gruczolaki miękkie z powodu znacznego krwawienia. Całkowita prostatektomia tą drogą wykonana być nie może, bo doszczętne usunięcie gruczołu przez cewkę moczową jest niemożliwe. Powikłania po elektrotomii są te same, co po prostatektomii, ponadto należy zwrócić uwagę na często występujące krwawienia z powodu oddzielenia się strupów po koagulacji w ciągu 8—12 dni, a czasem w ciągu 6 tygodni. *St. Malczyński* (Lwów).

O bardzo dokładnym badaniu kamieni szczawianowych dróg moczowych. ENDRE SZOLD. Zeitschr. f. chir. Urologie. T. 41. Z. 3. 1935.

Kamienie szczawianowe nie tak, jak fosforanowe, nigdy nie wypełniają miedniczki nerkowej; przybierają zwyczajnie kształt kulisty (kamienie fosforanowe dają odlewy miedniczki). Składają się z ostrych kryształków, które bliżej środka kamienia ulegają wygładzeniu. Dobra rozpuszczalność w kwasie solnym. Kamienie badano drogą rentgeno-interferometryczną. Wyniki tych badań są następujące: kamienie szczawianowe przedstawiają zbiór nieregularnie ułożonych typowych kryształków o budowie grubo ziarnistej. Budową swą zbliżają się więc do kamieni fosforanowych, natomiast różnią się budową od kamieni moczanowych. *St. Malczyński* (Lwów).

Przyczynek do drobnowidowej budowy kamieni cystynowych dróg moczowych. ENDRE SZOLD. Zeitschr. f. chir. Urol. T. 41. Z. 3. 1935.

W kamieniach cystynowych, wydobytych z miedniczki nerkowej, autor stwierdził trojaką budowę: warstwa środkowa (najstarsza) składała się z fosforanów i wykazywała utkanie gruboziarniste, ponad nią była warstwa utworzona przez 2 pokłady: wewnętrzny o nietypowej budowie i zewnętrzny (najmłodszy) cystynowy, o budowie krystalicznej. Powstawanie tych kamieni o kilku warstwach tłumaczymy wypadaniem z moczu naprzód fosforanów, następnie nakładaniem się na nich fosforanów o nietypowej budowie, a w końcu typowych kryształków cystyny. *St. Malczyński* (Lwów).

Zagięcie moczowodu wywołane przez zapalenie okołomoczowodowe. ZOLTAN V. CZAYKOWSKI. Zeitschr. f. chir. Urol. T. 41. Z. 3. 1935.

Autor opisuje przypadek, w którym — najprawdopodobniej na tle kamicy nerkowej — przyszło do zapalenia moczowodu i tkanki okołomoczowodowej. Ta wskutek wytworzenia się zrostów doprowadziła do zagięcia moczowodu. W tym przypadku bóle były bardzo częste. Ustępowały jednak przy zmianie położenia ciała, prowadzącej najprawdopodobniej do wyprostowania zagiętego moczowodu. W końcu autor zwraca uwagę na ważność wykonywania zdjęć podczas pyelografii i z pozycji bocznej, gdyż w opisanym przypadku zdjęcia przednio-tylne nie wykazywały charakterystycznej zmiany moczowodu. *St. Malczyński* (Lwów).

O mało znanych lub zapomnianych przyczynach niepłodności. M. TURPAULT. Soc. Fr. de Gyn. 1936. Z. 4.

Autor zwraca uwagę, że przyczyną niepłodności mogą być sprawy ogólne, jak np. kiła, zimnica, alkoholizm, zaburzenia w przemianie wapniowej, brak witaminy E oraz zaburzenia w czynności wątroby, trzustki i innych gruczołów dokrewnych. *H. Newlińska* (Lwów).

Badania etiologiczne i kliniczne niepłodności. J. SEGUY. Rev. Fr. de Gyn. Nr. 4. 1936.

Pracę swoją rozdzielił autor na dwie części: w pierwszej omawia kolejno przyczyny niepłodności, a więc powstałe wskutek zaburzeń w gruczołach rodnych, wskutek uszkodzenia kanału przeprowadzającego jajeczko lub plemniki, dalej wskutek zmian dotyczących mechanizmu zapłodnienia, wreszcie niepłodność z powodu niemożności zagnieżdżenia się zapłodnionego jaja w macicy. Druga część pracy podaje rozmaite sposoby badania niepłodności.

Zmiany w samych gruczołach płciowych mogą powstać na tle spraw zapalnych wrodzonych lub nabytych, na tle zmian w położeniu jajników, spowodowanych odchyleniem macicy w tę lub inną stronę, na tle zaburzeń w gruczołach wewnątrz-wydzielniczych i jako następstwo zmienionej przemiany materii (cukrzyca, brak witamin E). Zmiany w przewodach rodnych męskich lub kobiecych mogą być wrodzone *(aplasia, dysplasia, hipoplasia)* lub nabyte, w następstwie przebytych spraw zapalnych. Prócz tych przypadków istnieje jeszcze szereg innych, w których brak jakichkolwiek zmian anatomicznych. Jako przyczynę niepłodności, należy wtedy uważać, o ile stosunki płciowe odbywają się prawidłowo, zmianę oddziaływania w pochwie. Przypadki, w których przyczyna niepłodności leży w niemożności zagnieżdżenia się jaja płodowego w macicy powstają przeważnie wskutek zmienionych warunków działania folikuliny i luteiny, przez co błona śluzowa macicy nie może się odpowiednio przygotować. Nadmiar folikuliny powoduje wzmożone przekrwienie, nadmiar zaś luteiny działa hamująco na miesiączkę i przez to utrudnia odnowę błony śluzowej. Z drugiej strony przeszkody ze strony błony śluzowej macicy mogą być spowodowane przez blizny, zmiany w położeniu macicy, przez polipy i włókniaki podśluzowe. Nieraz przyczyną może być zbyt dokładne wyłyżeczkowanie macicy, jak również wprowadzanie do jamy macicy środków żrących.

Co się tyczy metod rozpoznawczych, to prócz dokładnego rozpoznania najważniejszą rolę odgrywają badanie nasienia oraz badanie drożności jajowodów *(persufflatio* i *salpingographia)*. Prócz tego, zdaniem autora, należy zwrócić uwagę na to, czy

jajnik jajeczkuje prawidłowo, gdyż obecność miesiączki nie jest równorzędna z wydzielaniem zdrowych jajeczek. Badanie to jest dość trudne i polega na wykazaniu powiększenia się jajnika w drugiej połowie cyklu miesiączkowego. Zdrowy jajnik powiększa się nieznacznie; jajnik o zwyrodnieniu torbielowatym powiększa się o wiele więcej i to wskazuje na nieprawidłowe jajeczkowanie.

W każdym przypadku niepłodności należy przeprowadzić badanie na kiłę, gruźlicę. Prócz tego autor zaleca badanie przemiany materii oraz badanie ilości cholesteryny i mocznika we krwi. *H. Newlińska* (Lwów).

Fizjologia zapłodnienia i zagnieżdżenia się jaja płodowego. CH. CHAMPY. Rev. Fr. de Gyn. 1936. Nr. 4.

Autor omawia szczegółowo proces zapłodnienia i zagnieżdżenia się jaja płodowego w macicy. Do najczęstszych przyczyn zmniejszających zdolność zapłodnienia należą zmiany zapalne zarówno w narządach rodnych męskich jak i kobiecych. Drugą przyczyną niepłodności kobiecej jest niemożność zagnieżdżenia się jaja płodowego. Największą rolę odgrywają tu, zdaniem autora zmiany w ciałku żółtym, które wpływa na wytwarzanie się błony doczesnej. Przypadki, w których kobieta jest niepłodna z jednym mężczyzną, a z drugim łatwo zachodzi w ciążę pozwalają przypuszczać, że istnieją pewne wpływy humoralne dodatnie lub ujemne, których działanie odbija się na płodności. *H. Newlińska* (Lwów).

Uwagi w sprawie sztucznego wywołania porodu. M. REILES. Rev. Fr. de Gyn. 1936. Nr. 4.

Autor omawia rozmaite sposoby sztucznego wywołania porodu. Przeważnie stosowany jest sposób podany przez Steina, który polega na podaniu 2 łyżek oleju rycynowego, a po upływie 2 godzin wśródmięśniowo co godzinę małe dawki hipofizyny. Wskazania zdaniem różnych autorów są następujące: ciąża przenoszona, przedwczesne odejście wód płodowych, zatrucia ciążowe, choroby serca, nerek, cukrzyca.

Statystyka autora obejmuje 86 przypadków, z których w 77 wskazaniem było przedwczesne odejście wód. Bóle porodowe wystąpiły w 71 przypadkach, w innych wypadkach poród wystąpił po pewnym czasie (w jednym po 15 dniach). Autor zwraca uwagę, że najlepsze wyniki otrzymał w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza i tym lepszy wynik im dawniej pęcherz pękł. Powikłania w połogu wystąpiły w 16 przypadkach. Śmierć wskutek zapalenia otrzewnej w jednym przypadku uprzednio zakażonym. Na zakończenie autor omawia poszczególne środki mogące wpłynąć na mięsień macicy i największe znaczenie przypisuje hipofizynie. *H. Newlińska* (Lwów).

Postępowanie lecznicze i chirurgiczne w przypadkach niepłodności kobiecej. A. CHALIER. Rev. Fr. de Gyn. 1936. Nr. 5.

Praca ta została wygłoszona na V zjeździe ginekologów w Paryżu. Autor omawia bardzo szczegółowo sposób postępowania wobec poszczególnych przyczyn niepłodności, począwszy od sromu, pochwy, macicy, jajowodów i jajników. Opierając się na 16 przypadkach Séguy'ego, zwraca uwagę na sztuczne unasiennienie i poleca je, zaznacza jednak, że wskazania do tego zabiegu są bardzo ograniczone. Zabiegi operacyjne na jajowodach i jajnikach są środkami ostatecznymi, o ile wszelkie leczenia konserwatywne zawiodły. *H. Newlińska* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, które się odbyło dnia 25 maja 1935 roku w Rabce.

Na porządku dziennym:

1. Zatwierdzenie protokołu posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 2 czerwca 1934 r.
2. Organizacja lecznictwa w zdrojowiskach i jej wpływ na państwowo-społeczne znaczenie zdrojowisk — ref. Dr. Kazimierz Kaden, członek Zarządu Związku Uzdrowisk.
3. Uzdrowiska a samorząd terytorialny i gospodarczy — ref. p. Apolinary Jankowski, Prezydent m. Inowrocławia.
4. Gospodarcze znaczenie uzdrowisk polskich — ref. Inż. Leon Nowotarski, Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego w Krynicy.
5. Zasadnicze postulaty polskiej polityki uzdrowiskowej — ref. p. Stanisław Wiśniewski, Dyrektor Państwowego Zakładu Zdrojowego w Ciechocinku.
6. Turystyka i zagadnienia komunikacyjne w uzdrowiskach — ref. inż. Eugeniusz Zaczyński, burmistrz gminy Zakopane.
7. Projekt rozporządzenia o eksploatacji i obrocie wód mineralnych — ref. p. Felicjan Miller.
8. Wolne wnioski.

Przewodniczy: Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu.
Protokół prowadzi: H. Rawicz-Szczerbo.

Przewodniczący, otwierając posiedzenie, wezwał obecnych do oddania hołdu pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego, potem zebranie przez powstanie uczciło pamięć Marszałka.

Protokół posiedzenia Sekcji do spraw zdrojowisk i uzdrowisk z dnia 2 czerwca 1934 r., po wprowadzeniu poprawki Prof. Dr. Korczyńskiego, wyjaśniającej, że na wymienionem posiedzeniu poparł wniosek co do utworzenia Instytutu Balneologicznego również w imieniu Towarzystwa Balneologicznego, został przyjęty.

1) P. Miller uzasadnia projekt rozporządzenia o eksploatacji i obrocie wód mineralnych.

Zagadnienie należytej eksploatacji i obrotu leczniczymi wodami naturalnymi nie zostało dotychczas unormowane właściwymi przepisami polskimi. Troską władzy sanitarnej jest, aby wody mineralne, wprowadzane do obrotu jako wody lecznicze, posiadały istotne wartości lecznicze, były pobierane z dokładnie ujętych źródeł, butelkowane w sposób zabezpieczający wodę od zanieczyszczeń i kontrolowane w pewnych okresach co do swojego składu chemicznego.

W wyniku dyskusji przewodniczący zaproponował, aby każdy z członków Sekcji zapoznał się z projektem rozporządzenia i zgłosił wnioski na następne zebranie Sekcji.

Prof. Dr. Korczyński zgłasza wniosek, że ze względu na lecznictwo i sprawę przemysłu zdrojowego projekt rozporządzenia należy przesłać do wypowiedzenia się nietylko do związku uzdrowisk, lecz i do uniwersytetów.

2) Dr. Kaden wygłasza referat pt.: *„Organizacja lecznictwa w zdrojowiskach i jej wpływ na państwowo-społeczne znaczenie zdrojowisk"*. (Referat powyższy został umieszczony w Nr. 7 miesięcznika „Zdrowie Publiczne" w 1935 r.).

W dyskusji poruszono przede wszystkim konieczność szczegółowego zaznajomienia się lekarza praktykującego w danym zdrojowisku z właściwościami wód danego zdrojowiska.

W szczególności Prof. Gantkowski przemawia za koniecznością utworzenia wykładów z balneologii, gdyż lekarze, o ile posyłają swoich pacjentów do zdrojowisk, winni znać te zdrojowiska; zagranicą np. ustalił się typ stałego lekarza w danem zdrojowisku.

Należy rozpowszechniać wycieczki lekarzy i studentów do zdrojowisk, ale w ten sposób, aby wycieczki te przyniosły korzyść realną.

Dr. Iwanowski porusza stan rzeczy, jaki zachodzi w zdrojowisku; lekarze leczą, nie będąc obznajomieni z właściwościami danej wody. Należałoby praktykę lekarzy w zdrojowiskach w umiejętny sposób ograniczyć.

Prof. Dr. Korczyński, zgadzając się z Dr. Iwanowskim, proponuje, aby Związek Uzdrowisk i T-wo Balneologiczne opracowały ścisłe wnioski w tej sprawie i przysłały jako materiał do Departamentu Służby Zdrowia.

Doc. Dr. Sabatowski zaznacza, że sprawy specjalizacji balneologicznej lekarzy zostały już w państwach zachodnich rozstrzygnięte.

W Norwegii taksa kuracyjna obejmuje zarazem koszty wizyt lekarskich. Każdy chory winien mieć wizytę lekarską raz w tygodniu.

Nowa ustawa rumuńska z 1928 r. przewiduje określenie wody zdrojowej naturalnej, reguluje kwestję nielojalnej konkurencji w uzdrowisku. U nas utworzenie katedry balneologii jest rzeczą konieczną.

Co do wycieczek studenckich w zdrojowiskach, to dotychczasowe wycieczki mijają się z celem, gdyż wobec krótkiego czasu, przeznaczonego na wycieczkę, studenci za mało zapoznają się ze zdrojowiskami.

Starsi lekarze zdrojowi winni w sprawach zdrojowisk mieć poważny głos.

Dr. Rudzki w sprawie praktyki lekarzy w zdrojowiskach zaznacza, że Związek Lekarzy P. P. zwracał się już w tej sprawie do Departamentu Służby Zdrowia z prośbą o określenie wymagań, jakie obowiązują lekarza-balneologa w praktyce w zdrojowisku.

Dr. Rymkiewicz podkreśla, że opieka zakładowa nie może spełnić swych zadań, dopóki pewne normy dla zdrojowisk i uzdrowisk nie zostaną ustalone.

Dyr. Dominikiewicz przemawia za honorowaniem w zdrojowiskach wskazań zamiejscowych poważnych lekarzy.

Przewodniczący wyjaśnia, że Departament Służby Zdrowia dawno pracuje nad unormowaniem sprawy lekarzy balneologów, w szczególności istniał projekt, aby sprawę tę rozstrzygnąć w drodze rozporządzenia o praktyce lekarskiej; projekt ten został rozesłany do wszystkich uniwersytetów, m. i. Uniwersytet Warszawski wypowiedział się przeciwko temu projektowi.

Dr. Kaden sądzi, że projekt rozporządzenia ministerialnego o specjalizacjach nie rozstrzygnie tej sprawy; należy przede wszystkim utworzyć katedrę balneologii na uniwersytecie. Zniesienie przymusu ordynacyjnego w zdrojowiskach może się źle odbić na zdrojowiskach. Koncepcja lekarzy zakładowych w ustawie norweskiej zdaje się najlepiej rozwiązywać tę sprawę.

W wyniku dyskusji, celem szczegółowego opracowania spraw wyżej wymienionych została wybrana komisja w składzie następującym: Dr. Witold Przywieczerski, Naczelnik Wydziału w M. O. S., Dr. Kazimierz Kaden, Dr. Przemysław Rudzki, Prof. Dr. Jan Szmurło z Wilna z prawem kooptacji.

3) Wygłaszają referaty:

1. P. Apolinary Jankowski, Prezydent m. Inowrocławia, p. t.: *„Uzdrowiska a samorząd terytorialny i gospodarczy"*.
2. Inż. Leon Nowotarski, Dyrektor P. Z. Z. w Krynicy, p. t.: *„Gospodarcze znaczenie uzdrowisk polskich"*.
3. Inż. Eugeniusz Zaczyński, burmistrz gminy Zakopane, p. t.: *„Turystyka i zagadnienia komunikacyjne w uzdrowiskach"*.
4. P. Stanisław Wiśniewski, Dyrektor P. Z. Z. w Ciechocinku, p. t.: *„Współczesne postulaty polskiej polityki uzdrowiskowej"*.

(Referaty zostały umieszczone w Nr. 7 miesięcznika „Zdrowie Publiczne" z 1935 r.).

W dyskusji: Doc. Dr. Sabatowski porusza sprawę inflacji zdrojowisk. Należy ustalić cenzus, potrzebny dla wydania koncesyj na otwarcie zdrojowisk; mówca porusza sprawę konkurencji włościańskiej, a zwłaszcza co do zabiegów borowinowych, np. w okolicach Morszyna.

Uzdrowiska nasze mało się reklamują w porównaniu z innymi. We Lwowie np. nie można się dowiedzieć o cenach w Krynicy. Mówca proponuje, aby ceny hoteli i pensjonatów w uzdrowiskach były przesyłane do wszystkich oddziałów „Orbisu". Kuracjuszowi trzeba ułatwić wybór; kuracjusz nie może jechać, aby szukać odpowiednich uzdrowisk. W uzdrowiskach brak jest hoteli i za mało jest pośrednictwa. We Włoszech proponują każdemu turyście wstąpienie do związku turystycznego, przysyłają mu później prospekty i w ten sposób zachęcają do częstych przyjazdów do Włoch.

Kolejnictwo nasze za mało propaguje nasze uzdrowiska; lekarze nie dostają zniżek, np. na konferencje uzdrowiskowe w Warszawie.

W sprawie kongresów mówca zauważa, że miasta już się nasyciły kongresami, obecnie przychodzi czas na uzdrowiska, lecz trzeba należy czynić starania, aby przyszłe kongresy lekarskie odbyły się w naszych uzdrowiskach.

P. Stadnicki podkreśla, że kwestię komisyj zdrojowych należy traktować indywidualnie, na terenie bowiem zdrojowisk prywatnych tworzą się pewnego rodzaju antagonizmy pomiędzy właścicielem zdrojowiska a komisją zdrojową, o ile na czele tej komisji nie stoi właściciel zdrojowiska. W razie nowelizacji ustawy uzdrowiskowej należałoby na powyższe sprawy zwrócić baczną uwagę.

Dr. Kaden uważa, że zachodzi potrzeba ustawowego określenia zakładu zdrojowego, wtedy istniałaby możność ograniczenia powstawania nowych zdrojowisk.

W sprawie reklam zdrojowisk mówca zaznacza, że stałe reklamowanie zdrojowisk obciążyłoby zanadto budżet tych zdrojowisk. We Francji czynność tę spełnia państwo i kolej, we Włoszech kolej. Co do stosunku komisyj uzdrowiskowych do zakładów, mówca zaznacza, że gmina nie jest w możności tych czynności spełnić.

Prof. Dr. Loth wskazuje na rozbieżne ujęcie zagadnień turystyki w referatach Dr. Kadena i Inż. Zaczyńskiego; mówca popiera wnioski z referatu Inż. Zaczyńskiego, jakkolwiek z pewnymi zastrzeżeniami, gdyż nie wszystkie zagadnienia, poruszone w referacie tym, dadzą się ująć z punktu widzenia rentowności uzdrowiska. Uzdrowiska polskie nie są na wielkie zjazdy przygotowane.

P. Miller zaznacza, że słusznie w referatach zwrócono uwagę na powstawanie małych uzdrowisk, mających częstokroć na celu wyłącznie stronę dochodową zakładu. Mówca porusza następnie kwestię normalizacji opakowań produktów zdrojowych i wadliwości obrotu. Niewspółmierny jest stosunek cen przewozu do cen produktów. Wody naturalne lecznicze winny w stanie niezmienionym dochodzić do chorego. W sprawie informacyj istnieją tylko 2 placówki: Związek Uzdrowisk i Biuro Sprzedaży.

Prof. Dr. Szmurło proponuje wybrać komisję-matkę, któraby się zajęła opracowaniem poruszonych tematów. Mówca porusza m. i., że Busk zapomina o stosowaniu siarki w leczeniu dróg oddechowych; powstaje konieczność wprowadzenia w uzdrowiskach inwestycyj, co obecnie możnaby uczynić wobec możności otrzymania długotrwałego kredytu. W każdej aptece winny być sprzedawane wody mineralne; mówca porusza konieczność wprowadzenia reklam przez zakłady zdrojowe.

W sprawie rozkładów jazdy mówca podnosi kwestię, że rozkład ten bywa nie zawsze dla danego zdrojowiska wygodny; celem zapobieżenia temu, Związek Uzdrowisk i Sekcja Uzdrowiskowa winny brać udział w posiedzeniach w sprawie rozkładu jazdy.

W sprawie reklamy należy iść bojowo na zagranicę, brać pod tym względem przykład z Czechów i Niemców, którzy w sposób bardzo energiczny reklamują swoje zdrojowiska. Mówca porusza małe rozpowszechnienie u nas wód mineralnych.

Inż. Zaczyński zaznacza, że podatek lokatorski, obowiązujący również w uzdrowiskach, idzie na rozbudowę miast; dla uzdrowisk Bank Gospodarstwa Krajowego przeznacza tylko 30%.

Prof. Dr. Korczyński proponuje stworzenie Sekcji do spraw uzdrowiskowych na terenie Komitetu Ekonomicznego z udziałem zainteresowanych Ministerstw. Mówca porusza sprawę utworzenia stypendium dla specjalisty od wiercenia.

Co do reklamy uzdrowisk, zdaniem p. Jankowskiego należy prowadzić propagandę uzdrowisk wśród naszych konsulatów za granicą.

Dyr. Dominikiewicz, podkreślając ważność reklamy, proponuje, aby każde zdrojowisko poświęciło dla reklamy pewną sumę; apteki mogłyby stać się miejscem wydatnej propagandy uzdrowisk. Mówca występuje przeciwko tamowaniu wzrostu uzdrowisk, są to zbyteczne ograniczenia.

Dyr. Wiśniewski, podkreślając troskę, jaką Ministerstwo otacza zdrojowiska polskie, zaznacza, że Ministerstwo Przemysłu i Handlu uwzględnia wysuwane postulaty Związku Uzdrowisk, natomiast Ministerstwo Komunikacji za mało zwraca uwagi na zagadnienia turystyki. Ze względu na poruszane zagadnienia w obradach dzisiejszych dawał się odczuć brak udziału przedstawiciela Ministerstwa Skarbu.

Przewodniczący zaznaczył, że wybrana komisja rozpatrzy poruszone na obecnym zebraniu kwestie.

Przewodniczący: *Dr. J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Protokół posiedzenia lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w dniu 16 kwietnia 1936 r.

Przewodniczący Dr. K. Mitkiewicz przypomina, iż minął termin nadsyłania wypełnionych arkuszy, dotyczących danych o pracy młodzieży szkolnej w klasie III gimnazjalnej oraz zwraca uwagę obecnych na interesującą książkę Dryjskiego: *„Praca umysłowa i egzaminy"*, która powinna się znaleźć w każdej bibliotece szkolnej i lekarze winni się z nią zaznajomić. Na koniec przewodniczący poleca uwadze zebranych sprawę funduszu poradni dla młodzieży szkolnej im. Dr. S. Kopczyńskiego w Warszawie. W ostatnich dniach zostały rozesłane do wszystkich lekarzy szkolnych odezwy Komitetu, zbierającego fundusz oraz czeki na P. K. O. dla dokonania 10-złotowych wpłat, uchwalonych na poprzednich zebraniach.

Z kolei Doc. Dr. Ławrynowicz *wygłosił referat p. t.: „Szczepienie ochronne przeciwdurowe i inne"*.

Na wstępie referent omawia szczepienia przeciwbłonicze.

Wobec wzrostu ilości zachorowań na błonicę we wszystkich krajach sprawa szczepień ochronnych jest bardzo aktualna. W Polsce są miejscowości, gdzie liczba wypadków błonicy jest znaczna, są znów inne, gdzie obserwuje się zniżkę zachorowań; do nich należy Warszawa. Można tłumaczyć to zjawisko okolicznością, iż w Warszawie w ostatnich latach bardzo dużo dzieci było zaszczepionych przeciw błonicy. Małe dzieci jednocześnie ze szczepieniem ospy poddaje się w Warszawie i Łodzi szczepieniom przeciwbłoniczym. Dane statystyczne wykazują, że szczepienia obniżają zachorowalność 4-krotnie, a śmiertelność 9—10-krotnie. Dane te są tak zachęcające, że niedawno ukazało się rozporządzenie o przymusowych szczepieniach przeciwbłoniczych.

Za przykładem Francji zaczęto u nas wyrabiać w Państwowym Zakładzie Higieny szczepionkę przeciwbłoniczą razem z przeciwdurową. Wśród przypadków duru brzusznego w Warszawie daje się zauważyć 2 grupy:

I zakażenie nastąpiło w Warszawie,

II zakażenie nastąpiło poza Warszawą.

10% wypadków duru w Warszawie jest spowodowane zakażeniem poza Warszawą, najczęściej w związku z wyjazdami letnimi, prawy brzeg Wisły daje 2/3 wypadków, lewy 1/3. Linia Otwocka daje największą liczbę zachorowań.

Według wieku chorych były obserwowane następujące grupy: Do 10 lat — 25%, do 15 lat — 36%, do 20 lat — 52%.

Warunki mieszkaniowe odgrywają też dużą rolę.

W mieszkaniach, gdzie 1 osoba wypadała na 1 pokój było 8% zachorowań; w mieszkaniach, gdzie 1—3 osób wypadało na 1 pokój było 26% zachorowań; w mieszkaniach, gdzie 3—5 osób wypadało na 1 pokój było 31% zachorowań; w mieszkaniach, gdzie więcej osób wypadało na 1 pokój było 31% zachorowań.

Bliższa styczność nosiciela z otoczeniem niewątpliwie wpływa na częstość zachorowania. Wśród tych mieszkań 50% ma wodociąg, w 50% woda dostarczona była z innych źródeł, w 75% brak było ustępu.

W epidemiologii duru brzusznego dużą rolę odgrywają środki spożywcze:

Woda w Warszawie nie ma tak dużego znaczenia dla epidemiologii duru, jak na prowicji, gdyż woda wodociągowa jest bardzo dobra.

Nabiał — mleko rynkowe jest bardzo brudne, jednak ludność przeważnie nie pije mleka surowego, mleko kwaśne może być źródłem zakażenia, proces zakwaszania nie niszczy pałeczki duru.

Lody śmietankowe są zwykle zanieczyszczone, często spotyka się pałeczkę okrężnicy.

Nosicielstwo odgrywa może najważniejszą rolę w szerzeniu się duru brzusznego. Chorzy w szpitalach badani są na nosicielstwo po przebyciu choroby. Badania na zwłokach, przeprowadzone w Warszawie, wykazały w 0.5% obecność laseczników duru. Na całą ludność Warszawy przypada przypuszczalnie 6.000 osób, które są zdrowe, lecz rozsiewają chorobę w swym otoczeniu; szczególne niebezpieczeństwo grozi w przepełnionych mieszkaniach. Przypuszczalnie nosicielstwo podtrzymuje głównie endemię w Warszawie.

Wobec społecznego charakteru tej choroby, zwalczanie powinno iść w tym kierunku:

1) poprawa warunków społecznych,
2) budownictwo mieszkaniowe,
3) urządzenie wodociągów i kanalizacji,
4) podniesienie ogólnej kultury i wiadomości higienicznych,
5) szczepienia ochronne.

Doświadczenia ostatniej wojny wykazały, że szczepienia zmniejszają znacznie liczbę zachorowań.

Szczepienia metodą Besredki mają znacznie mniejszą wartość, są kosztowne, obecnie są prawie zupełnie zarzucone. Szczepienia podskórne dają obecnie mniejsze odczyny, gdyż zamiast wakcyny, używana jest anawakcyna, pozbawiona własności toksycznych.

Można stosować szczepienia skojarzone: przeciwbłonicze i przeciwdurowe. Według prac autorów francuskich można stosować szczepienia przeciwdurowe już od 2 roku życia.

W Polsce akcja ochronna ma obejmować przede wszystkim wiek szkolny, szczególnie dzieci wyjeżdżające na obozy i kolonie.

W dyskusji: Dr. Dr. Piotrowska, Szczygieł, Jurjewicz, Ofmański, Klimaszewski, Zborowski zwracają się do prelegenta z szeregiem pytań, dotyczących szczepień ochronnych.

W odpowiedzi: Doc. Dr. Ławrynowicz stwierdza, iż doświadczenia na zwierzętach wykazały, że jednoczesne wprowadzenie różnych antygenów nie przeszkadza jednoczesnemu wytwarzaniu przeciwciał, istnieje tzw. konkurencja antygenów. Szczepienia przeciwbłonicze i przeciwdurowe powinny być dwukrotne. Odporność wytwarza się w 6—10 dni po zaszczepieniu, w tym okresie wytwarzają się odpornościowe agłutyniny. W razie poprzedniego szczepienia wystarcza jednorazowe doszczepianie.

Odporność przeciwbłonicza wytwarza się powoli i długo trwa (4—5 lat). Dzieci, które były szczepione we wczesnym dzieciństwie wraz ze szczepieniem przeciwospowym powinny być drugi raz szczepione, jednocześnie ze szczepieniem przeciwdurowym. U niemowląt można stosować tylko szczepienie przeciwbłonicze. Wycieńczenie, białkomocz, stany gorączkowe — stanowią przeciwwskazania dla jakichkolwiek szczepień. Dawkowanie szczepionki przeciwdurowej u młodzieży powyżej 15 lat jest następujące: pierwsze szczepienie 0,5 cm^3, drugie 1 cm^3, doszczepianie 1 cm^3. Dawki należy zmniejszać odpowiednio do wieku i stanu sił młodzieży. Na flakonach ze szczepionką Państwowy Zakład Higieny umieszcza wskazówki co do dawkowania.

Na zakończenie przewodniczący stwierdza, że 20 marca br. wyszło rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o przymusowym szczepieniu przeciwbłoniczym dzieci do lat 10. Następnie poleca lekarzom szkolnym rozpocząć już obecnie szczepienia przeciwdurowe w związku z wyjazdami młodzieży na obozy, kolonie, wycieczki i letniska.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 22 stycznia 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr. Aleksander Oszacki.

Przewodniczący otwiera posiedzenie, wita zebranych, dziękując w imieniu Zarządu za wybory. W pracy na terenie Towarzystwa Zarząd pragnie nawiązać ścisły kontakt z członkami, między innymi przez założenie skrzynki życzeń. Przewodniczący projektuje urządzenie cyklu wykładów z dziedziny układu wegetatywnego. Będzie to początkiem innych wykładów, jak naprzykład o śródbłonku oddechowym.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

Przewodniczący poświęca słowa wspomnienia zmarłym członkom Towarzystwa śp. Dr. Kowenickiemu i Dr. Komorowskiemu. Pamięć zmarłych zebrani uczcili przez powstanie.

Po przeprowadzonym głosowaniu przyjęto na członków Towarzystwa Kolegów: Dr. Adama Mazanowskiego, Dr. Leona Wohlfeilera, Dr. Roberta Żabińskiego, wszyscy z Krakowa.

Kol. Dr. Zygmunt Landau (z Oddziału Chorób Nerwowych i Umysłowych Szpitala św. Łazarza) *przedstawia chorego, u którego pocisk tkwiący w mózgu powędrował z jamy czaszki poprzez foramen occipitale magnum do kanału kręgowego, skąd został operacyjnie usunięty.* Przypadek powyższy, ilustrowany odpowiednimi rentgenogramami, pierwszy, jak się zdaje, tego rodzaju w piśmiennictwie światowym, zostanie opublikowany.

W dyskusji: Prof. Dr. Zieliński wspomina obserwowany w r. 1932 przypadek, gdzie chodziło o przemieszczenie się odłamka kości potylicznej popod oponę twardą ku dołowi do poziomu IV kręgu piersiowego. U ranionego w tył głowy w r. 1918 zaczęły po kilku latach występować objawy rdzeniowe, aż wreszcie ustalił się zespół Brown-Sequarda w kończynach dolnych. Laminektomia (Prof. Dr. Glatzel) wykazała odłamek kości potylicznej pośród zrostów na wysokości D IV—V.

Doc. Dr. Szymanowicz *przedstawia preparat pooperacyjny mięsaka części pochwowej macicy.*

Przypadek dotyczy chorej lat 48, u której leczono radem rozpoznanego drobnowidowo mięsaka części pochwowej macicy w kształcie uszypułowanego polipa. Mimo tego leczenia sprawa chorobowa posuwała się naprzód, chora krwawiła obficie i chudła. Badaniem stwierdzono rozpadający się guz szyjki oraz w brzuchu guz wielkości główki dziecka pozostający w związku z trzonem macicy. W czasie zabiegu operacyjnego stwierdzono torbiel smołową w zrostach z macicą i otoczeniem. Wyjęto części rodne w całości. Rokowanie nie może być obecnie zbyt dobre. Prelegent uważa, że w przypadku tym należało chorą odrazu po stwierdzeniu sprawy nowotworowej poddać zabiegowi operacyjnemu, a nie leczyć radem, który nie zawsze w przypadkach mięsaka daje wyniki dobre.

Następnie Doc. Dr. Szymanowicz, nawiązując do swojego wykładu o stanowisku lekarza praktyka wobec mięśniaków macicy, *przedstawia przypadek olbrzymiego mięśniaka w przebiegu ciąży.*

Chora lat 37, nie mająca dzieci, zgłosiła się z olbrzymim wypełniającym całą jamę brzuszną guzem, który w ostatnich czasach bardzo znacznie się powiększył. Próba Friedmana wykazała obecność ciąży, anamnestycznie zatrzymanie miesiączki od 3 miesięcy. Ze względu na olbrzymie wymiary guza i jego szybki wzrost zdecydowano się na zabieg, w czasie którego stwierdzono, że mięśniak, częściowo obumarły, podsurowiczy, wychodzi stosunkowo wąską szypułą z okolicy prawego rogu macicy. Macica ciężarna III m. ks. Usunięto guz i zaopatrzono szypułę, pozostawiając ciążę. W 8 dniu po zabiegu chora poroniła płód zgnieciony i częściowo zmacerowany. Łożysko usunięto łyżeczkowaniem. Przebieg dalszy zupełnie gładki. Prelegent sądzi, że chora ta może obecnie zajść i donosić prawidłową ciążę. (Streszczenie własne).

Kol. Stefan Schwarz *przedstawia preparat pooperacyjny macicy wraz z dużymi guzami przydatkowymi.*

Przypadek dotyczy chorej lat 37, zamężnej, która nie zachodziła nigdy w ciążę. Od 10 lat leczyła się z powodu zmian zapalnych przydatków macicy. Przed miesiącem przechodziła gwałtowne zaostrzenie sprawy, przy czym guzy przydatkowe dość szybko i znacznie się miały powiększyć. Rozpoznano na podstawie badania i wywiadów macicę mięśniakowatą z przebytym obumarciem guza. Po otwarciu brzucha stwierdzono olbrzymie, kolbowate guzy obu przydatków w zrostach z otoczeniem W czasie uwalniania guzów wygnieciono brodawczakowatą miazgę, wobec czego wyjęto macicę wraz z przydatkami w całości. Badanie drobnowidowe wykazało *carcinoma cylindrocellulare papilliferum,* zarówno w przypadkach, jak i w macicy (która makroskopowo nie wykazywała zmian). Prelegent przypuszcza na podstawie przebiegu klinicznego sprawy możliwość raka jajowodu, albo też dwóch ognisk pierwotnych w jajowodach z przerzutem do macicy. Przebieg pooperacyjny powikłany różą na twarzy. Chora przebywa obecnie następowe leczenie Roentgenem. Rokowanie, jak wiadomo z doświadczenia, niekorzystne.

W dyskusji: Doc. Dr. Szymanowicz podnosi trudności rozpoznawcze tego przypadku.

Kol. Stefan Schwarz *wygłasza odczyt p. t.: Wpływ wlewań kroplowych doodbytniczych i dożylnych na powstawanie zakrzepów pooperacyjnych.* (Przeznaczone do druku w całości).

W dyskusji: Prof. Dr. Oszacki mówi o zależności tworzenia się skrzepów od układu koloidalnego. Wypadanie płytek, podobnie jak i ciałek czerwonych, zależy od ładunków elektrycznych na powierzchni zawieszonych skupień koloidalnych oraz od ich punktu izoelektrycznego. Dlatego też trwałość wszelkiej zawiesiny koloidalnej zależy od oddziaływania całej zawiesiny, tzn. od różnicy pomiędzy potencjałem elektrycznym tej zawiesiny, a punktem izoelektrycznym flokulantów. Nietylko więc kwestia utraty wody ale też zmiany w pH krwi mogą wpływać na tworzenie się zakrzepów i stąd należałoby w okresie przed i pooperacyjnym badać pH krwi i odpowiednio je regulować.

Kol. Herzhaft przypomina, że w myśl poglądów wyrażonych ostatnio w pracy swojej i Doc. Dr. Szymanowicza istotnym zaburzeniem przy patogenezie zakrzepów jest zmiana zlepności płytek krwi, którą wywołać mogą między innymi czynnikami oznaczonymi przez Virchowa, także pooperacyjne odwodnienia organizmu oraz zmiana w stężeniu jonów wodorowych we krwi. Z tego punktu widzenia zarówno wywody Prof. Oszackiego, jak i prelegenta mówią o poszczególnych momentach w patogenezie zakrzepów, która tak długo nie będzie wyświetlona, jak długo nie będzie opracowana dokładna metoda ilościowego oznaczania zlepności płytek krwi.

Prof. Dr. Oszacki wspomina o sposobie badania aglutynacji płytek.

W dyskusji zabierają głos także Doc. Dr. Szymanowicz i Doc. Dr. Miodoński.

Sekretarz: *Dr. Dziuba.*

Polski Związek Lekarzy Województwa Białostockiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 marca 1936 roku.

Przewodniczący: Kol. K. Fiedorowicz.

Kol. S. Kracowski *wygłosił referat: „Zapalenie opon mózgowych na tle gośćca"* (referat będzie ogłoszony drukiem).

Kol. Wł. Machniewicz *wygłosił referat: „Przystosowanie szpitala na wypadek O. P. L. G."*.

Każdy szpital, jako objekt O. P. L., tym się różni od innych, że poszczególne objekty przy zarządzonej O. P. L. powinny tylko utrzymać normalny tok swej codziennej pracy, a szpital w razie O. P. L. G. musi nie tylko być zdolnym do prowadzenia swej normalnej pracy, ale ponadto być przygotowanym do wykonania pracy o wiele większej. W chwilach alarmów O. P. L. G. przypływ chorych i rannych będzie o wiele większy, niż w życiu codziennym, pokojowym. Ten fakt zmusza nas do bardzo wszechstronnego przemyślenia planu O. P. L. G. dla każdego szpitala.

Wszelkie prace O. P. L. G. opieramy na teoretycznych właściwie przewidywaniach wojny lotniczej i gazowej, gdyż brak nam praktycznych danych, wypróbowanych na szerszą skalę. A więc i rozważania na temat przygotowania szpitali do O. P. L. G. są raczej tematem do dyskusji niż ustalonym schematem.

Referent w swych rozważaniach ujmuje przygotowanie szpitala do O. P. L. G. w następujące punkty:

1. Odpowiednie przeszkolenie całego personelu szpitala zarówno w dziale taktyki, obrony i ratownictwa w razie wojny lotniczo-gazowej. Co do lekarzy ważną jest rzeczą zapoznanie chirurgów ze zmienionymi wskazaniami i przeprowadzeniem poszczególnych zabiegów chirurgicznych przy równoczesnym uszkodzeniu środkami chemicznymi.

2. Przygotowanie wyposażenia szpitala w leki i odpowiedni sprzęt lekarski:

a) Leki: Sen-narcol *(evipan-natr),* tlen, dermitryna, annogen.;

b) sprzęt: aparaty tlenowe lecznicze, przyrządy do przetaczania krwi.

3. Przygotowanie budynków i pomieszczeń szpitalnych: przystosowanie sal operacyjnych i opatrunkowych. izby przyjęć szpitala oraz kuchni, na schrony przeciwgazowe. Przygotować odpowiednią liczbę sal chorych, jako pomieszczenia izolowane dla tych chorych, którzy są niezdolni do użycia maski ochronnej przeciwgazowej i ich rozmieszczenie. Oznaczenie budynku szpitala znakiem konwencji genewskiej, wymalowanym na dachu.

4. Przygotowanie odpowiednich źródeł wody i światła na wypadek możliwości zniszczenia sieci wodociągowej lub elektrowni miejscowej.

5. Zorganizowanie przeciwgazowe własnego punktu ratowniczo-sanitarnego i odkażalni przeciwiperytowej.

6. Przygotowanie własnego pogotowia przeciwpożarowego i odkażającego (przeciwiperytowego).

7. Przemyślenie ewakuacji chorych szpitala w razie zagrożenia budynków szpitalnych bombą kruszącą lub szerzącym się pożarem.

Wszystkie te prace należy ująć treściwie w dobrze pomyślanym planie O. P. L. G. danego szpitala, a plan taki winien być opracowany już teraz w porozumieniu z władzami administracji ogólnej. Plan ten należy stale utrzymywać w aktualności. Tylko w ten sposób zdoła się wszystkie te prace wykonać szybko i składnie w tym krótkim okresie czasu, jaki możemy mieć do dyspozycji od chwili ogłoszenia pogotowia O. P. L. G. do chwili zarządzenia alarmu (streszczenie własne).

Sekretarz: *Dr. Cz. Karwowski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół posiedzenia wspólnie z Wil. Kołem Tow. Intern. Polskich w dniu 2 grudnia 1935 roku.

Przewodniczy w części pierwszej: Prof. A. Januszkiewicz, w drugiej: Dr. Girszowicz.

1. Dr. A. Kapłan: *Przepuklina przeponowa a zwątlenie przepony.*

Prelegent omawia przypadek przepukliny przeponowej, jaki obserwował w Miejskim Szpitalu Żydowskim w Wilnie. Dotyczył on chorego w wieku 37 lat, blacharza, który po przebytym wycięciu wyrostka robaczkowego przez czas dłuższy cierpiał na wędrujące ropnie. Przybył do szpitala w styczniu b. roku z powodu uporczywych wymiotów krwawych, w stanie bardzo ciężkim. Przypadek był traktowany jako wrzód krwawiący żołądka. Po tygodniu chory opuścił szpital. Przybył ponownie do szpitala w marcu b. roku już w daleko lepszym stanie, gdyż wymioty występowały rzadziej i nie zawierały już domieszki krwi. Po raz pierwszy wtedy dokonano prześwietlenia przewodu pokarmowego promieniami Roentgena i stwierdzono, że część żołądka i jelit leży w jamie opłucnej ponad przeponą lewą i że wskutek tego żołądek ma postać klepsydry. Rozpoznano przepuklinę przeponową. Po raz trzeci zgłosił się chory na oddział prelegenta w październiku br. Na zdjęciu rentgenowskim stwierdzono istnienie nadal przepukliny, postać żołądka natomiast uległa zmianie, gdyż nie tworzyła już klepsydry.

W dalszym ciągu prelegent omawia kliniczne i rentgenologiczne objawy przepukliny przeponowej oraz zwątlenia przepony. Obraz kliniczny tych stanów chorobowych jest tak skąpy i niewyraźny, że nie pozwala na ścisłe rozpoznanie, w obrazie zaś rentgenowskim istnieje kilka cech, jak paradoksalne przemieszczenie oddechowe przepony, przemawiające za jej zwątleniem i krzyżowanie się linii żołądka i poprzecznicy, przemawiające za przepukliną przeponową, które tylko z pewnym prawdopodobieństwem pozwalają na przeprowadzenie rozpoznania różniczkowego.

W dyskusji: Prof. A. Januszkiewicz, określając przypadek jako bardzo rzadki, wyraża żal, że nie został on dostatecznie opracowany pod względem rentgenologicznym dla zebrania w ten sposób materiału dowodowego, potwierdzającego rozpoznanie, bo przedstawione dwa zdjęcia nie są wystarczające.

W odpowiedzi: Dr. Kapłan zaznacza, że warunki materialne chorego nie pozwoliły na zebranie odpowiedniej liczby zdjęć, a ograniczono się przeważnie do badania radioskopowego, na którym głównie oparto rozpoznanie.

2. Prof. A. Januszkiewicz *omówił przypadek choroby Adams-Stokesa,* który dotyczył 38-letniego kupca, cierpiącego od 2 lat na napady utraty przytomności.

Prelegent przedstawił zdjęcia elektrokardiograficzne, dokonane na tym chorym, wykazujące blok całkowity oraz zdjęcia otrzymane w czasie napadów, jakim chory podlegał podczas pobytu w Klinice. Te ostatnie wykazywały dłuższe przerwy w czynności komory, z nich najdłuższa trwała 29 sekund.

Omawiany przypadek należy do rzadszych ze względu na to, że zespół objawów Adams-Stokesa występował tutaj nie w związku z blokiem przedsionkowo-komorowym częściowym, jak to przeważnie bywa, ale w związku ze stałym zupełnym rozkojarzeniem czynności przedsionków i komór, a więc jako blok w bloku.

3. Prof. M. Eiger *przedstawił rozwój nauki o prądach czynnościowych w sercu i o znaczeniu krzywych elektrokardiograficznych od pierwszej chwili powstania tych zagadnień.*

Nauka polska zajęła się tymi badaniami przed wielu laty (1898 r.) dzięki znakomitemu fizjologowi N. Cybulskiemu. Już w pierwszym swym doniesieniu Cybulski przedstawił zjawiska elektryczne, zachodzące w mięśniach, jako wyraz zmian biochemicznych. Współpracując z Cybulskim, Prof. Eiger 25 lat temu pierwszy wypowiedział myśl, że zjawiska elektryczne w sercu mogą być sprowadzone do zjawisk elektrycznych w mięśniach poprzeczno-prążkowanych. Krzywą elektrokardiograficzną serca ludzkiego należy rozpatrywać jako sumę algebraiczną krzywych, jakieby dały z osobna serce prawe i lewe — dekstrogram i lewogram. Prelegent, starając się rozwiązać zagadnienie pochodzenia wychylenia T, spostrzegł na krzywych, otrzymanych przy szybkim przesuwaniu taśmy elektrokardiograficznej, że każdy odcinek serca żaby, mający własny automatyzm, dawał elektrokardiogram taki, jaki daje komora, a więc składający się z szybkiego (wysokiego) wychylenia początkowego (R) i powolnego (niskiego) wychylenia końcowego (T). W elektrokardiogramach, otrzymanych przy zwykłym powolnym ruchu taśmy fotograficznej i zwykłej czułości strunowego galwanometru wychylenia te, stosunkowo małe, stają się niewidoczne. Jeżeli każdy poszczególny odcinek serca może dać bardzo podobne do siebie wykresy, najprościej wytłumaczyć wychylenia R i T jako zjawiska zależne od procesów biochemicznych, które zachodzą w mięśniu sercowym wskutek katabolizmu i anabolizmu.

Elektrogram mięśnia poprzeczno-prążkowanego wykazuje dwie fazy: kataboliczną i anaboliczną. Prof. Eiger dowiódł, że jeśli mięsień krawiecki żaby podrażnić jednocześnie z dwóch końców, to przy właściwym odprowadzeniu otrzymuje się elektromyogram podobny do elektrokardiogramu komory żabiej: wychylenie pierwsze elektromyogramu odpowiada załamkowi R, wychylenie drugie fazie S (nieidentycznej ze zjawiskiem wychylenia S dwukomorowego serca) oraz prócz tego po pewnym czasie dwufazowe wychylenie odwrotne do poprzedniego a podobne do dwufazowego załamka T (a więc T_1 i T), które to wychylenia otrzymać można stale z komory żabiej przy odpowiednim umiejscowieniu elektrod. To doświadczenie Eigera potwierdził Garten. Wziąwszy zjawisko to za podstawę, można objaśnić wszystkie wychylenia zarówno w kawałku mięśnia sercowego, drażnionego sztucznie jako też zjawiska elektryczne obserwowane w komorze żaby oraz w poszczególnych częściach serca żabiego, a co najważniejsze zjawiska algebraicznego zsumowania się prądów czynnościowych w dwukomorowych sercach zwierząt i człowieka. Całkowite wyjaśnienie sprawy tej ogłosił Eiger w roku 1914 w wydawnictwach Akademii Umiejętności p. t.: *„Krzywa elektrokardiograficzna jako wyraz sumy algebraicznej prądów czynnościowych w sercu jednokomorowym i dwukomorowym"*. Aczkolwiek w tymże roku August Hofman, klinicysta, ogłosił wspólnie z fizykiem Seleninem wyjaśnienie elektrokardiogramu ludzkiego, potwierdzające słuszność poglądów prelegenta, jednakże Hofman przypisuje zjawisko T skurczowi, chociaż wiadomo, że szereg autorów otrzymywało elektrokardiogramy serc niekurczących się. Wszelkie próby objaśnienia zsumowania się prądów, jak np. w sercu człowieka, próby Lewisa, de Boera, Grödella i innych, jako niepoparte ścisłymi anatomicznymi i fizjologicznymi faktami (jak to stwierdza słusznie Lutenbacher), nie są w stanie należycie wyjaśnić powstawania wychyleń grupy T, które, jak wiadomo od czasów Nikolaia, mogą wykazywać trzy wychylenia (a więc T_1, T T_2 = *Finalgruppe* Nikolaia). Prelegent za pomoca specjalnych modeli wykazuje, że jego objaśnienie zsumowania się algebraicznego prądów czynnościowych wyjaśnia powstawanie wszystkich załamków zaobserwowanych i zebranych w znanym schemacie Nikolaia. Doświadczenia Eppingera i Rotbergera, którzy przecinali w komorach wiązki Hisa i Tawary, sprawdzone przez prelegenta, pozwalają najlepiej stwierdzić słuszność poglądów prelegenta na elektrokardiogram ludzki zarówno prawidłowy, jak i nienormalny.

Na zakończenie prelegent wyjaśnia, co skłoniło go do zwrócenia specjalnej uwagi na część elektrokardiogramu, oznaczoną przez niego jako ST wraz z załamkiem T i nazwaną przez niego okresem biochemizmu, towarzyszącego czynności mechanicznej serca. Sprawę występowania zmian w okresie tym uważał prelegent i uważa za tak ważną w dziedzinie elektrokardiografii, że postanowił zwrócić specjalną uwagę badaczów i klinicystów na ten okres (1914).

Prof. Eiger uważa cały elektrokardiogram za wyraz prądów czynnościowych, ściśle mówiąc, zgodnie z tezą Einthovena, za sumę wszystkich różnic potencjałów, które w danej chwili powstają w sercu i występują w galwanometrze w zależności od warunków odprowadzenia. Prelegent ilustrował swój odczyt wielką liczbą tablic, modeli, przyrządów i pokazów na zwierzętach.

Sekretarz: *E. Gerlée.*

NEKROLOGIA.

Ś. p. Dr. med. Zdzisław Sławiński.

Dnia 23 sierpnia 1936 r. odszedł od nas na zawsze ś. p. Dr. med. Z. Sławiński, jeden z najwybitniejszych chirurgów polskich doby współczesnej.

Urodzony w r. 1867 w Warszawie, ukończył w r. 1891 Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego i wkrótce po uzyskaniu dyplomu, rozpoczął pracę na klinice chirurgicznej prof. Rosińskiego. Pod światłym kierownictwem tego nauczyciela pozostawał Sławiński przez 9 lat i okres ten był może najbardziej owocnym w prace naukowe oraz wycieczki naukowe poza granice kraju (do Niemiec, Austrii i Anglii). W latach 1904—1908 pracował Sławiński na oddziale Dr. Krajewskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus, następnie na oddziale Dr. W. Szteynera. W r. 1910 został ordynatorem oddziału chirurgicznego w warszawskim Szpitalu Św. Rocha, a w 1919 r. ordynatorem pawilonu 2-go Chirurgicznego Szpitala Dzieciątka Jezus. Był to najbardziej płodny okres w Jego życiu, nie tyle pod względem prac naukowych, ile pracy naukowej nad sobą samym i nad młodszym pokoleniem lekarzy-asystentów. Na ostatnim stanowisku ordynatora potrafił stworzyć jedną z najżywszych i najbardziej sprawnie kierowanych placówek chirurgicznych w Polsce. Człowiek o wielkim doświadczeniu, znający osobiście nieomal wszystkie wybitne placówki chirurgiczne Europy i Stanów Zjednoczonych, subtelny lekarz, świetny diagnosta, niepospolitej miary chirurg, starał się przelać swemu otoczeniu swą wiedzę. Toteż oddział Jego w Szpitalu Dzieciątka Jezus stał się jakby szkołą, skupiając coraz więcej chętnej do nauki młodzieży. Udzielał się jej też Sławiński z zapałem, nie szczędząc swych cennych wskazówek, zachęcając do pracy naukowej.

W ostatnich latach życia piastował z wyboru zaszczytne stanowiska prezesa Tow. Chirurgów Warszawskich i wiceprezesa Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

W roku 1935 w pełni sił został emerytowany ze stanowiska ordynatora i chociaż przedwcześnie pozbawiony warsztatu pracy, nie zaniechał swej działalności chirurgicznej i nieraz bezinteresownie niósł pomoc chorym, nie mogąc odmówić im swej wiedzy i doświadczenia. A iluż kolegów-lekarzy oraz ich rodzin zawdzięcza swe życie i zdrowie temu wielkiej miary samarytaninowi.

Odszedł od nas w pełni sił, człowiek o pięknej duszy, wielkiej kulturze. Pamięć o Nim trwać jednak będzie szczególnie wśród tych, którzy Go bliżej jako przyjaciela, przełożonego-nauczyciela lub opiekuna znali.

Zapisał On swe nazwisko złotymi głoskami w historii chirurgii polskiej.

Dr. F. Byszewski.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Prof. Dr. Juliusz Tandler, anatom wiedeński, zmarł w 67 roku życia.

Dr. Zdzisław Sławiński zmarł w Warszawie w 69 roku życia.

W dniu 3 lipca br. zmarł we Włoszech Prof. Luigi Devoto, twórca pierwszej w świecie kliniki chorób zawodowych.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I) Posiedzenie w dniu 7 października 1936 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 30 września 1936 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Sprawy administracyjne: Balotowanie kandydatów na członków Towarzystwa. 4. Kol. A. Bender: Przypadek zawału m. sercowego u młodego osobnika. 5. Kol. A. Bender: Przypadek dławicy piersiowej u osobnika ze zwężeniem ujścia tętniczego lewego. 6. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — II) Posiedzenie wspólne z Oddziałem Łódzkim im. Sew. Sterlinga Polskiego Towarzystwa Badań Naukowych nad Gruźlicą w dniu 21 października 1936 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 7 października 1936 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych. 3. Kol. A. Banasz: Sprawozdanie z VI Międzynarodowego Zjazdu Urologów w Wiedniu. Poglądy Prof. I. Snappera na powstawanie kamicy moczowej. 4. Kol. H. Halpern-Wieliczański: O przepalaniu zrostów opłucnowych metodą Jakobeusa. 5. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. — III. Posiedzenie w dniu 28 października 1936 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 21 października 1936 r. 2. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów. 3. Kol. A. Kacenelson: O nowotworach przerzutowych mózgu. 4. Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

XXIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lekarskiego odbyło się w piątek dnia 9 października 1936 r. o godzinie 18 w sali Polikliniki ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1. Kol. Jaburek Leopold: Pokaz przypadku guza prawego płatu skroniowego (demonstr.). 2. Kol. Wachtel Filip (gość): O szkłach kontaktowych syst. Zeissa i Dr. Dallosa w świetle własnych wrażeń (z demonstr. odlewów i modeli).

Różne.

Z kraju.

W odległości 1 km od miasta powiatowego Leska ujęto sześć źródeł, których wody lecznicze zapowiadają rozwój Leska jako kąpieliska i miejscowości leczniczej. Już od roku źródła są wykorzystywane dla celów leczniczych. Zarząd miasta Leska zamierza tereny ze źródłami wydzierżawić.

Niemcy.

W myśl rozporządzenia niemieckiego min. spraw wewn. jaja kacze można spożywać po conajmniej 8-minutowym gotowaniu.

Niemiecka Izba Lekarska wyznaczyła 20.000 RM dla uchodźców niemieckich w Hiszpanii.

Z powodu wypadków śmierci wskutek pracownianego zakażenia się chorobą Weila, obowiązują we wszystkich instytutach i pracowniach ochronne szkła i rękawiczki oraz posiadanie surowicy leczniczej.

Francja.

W Paryżu postanowiono nazwać jedną z ulic imieniem Ch. Richet.

Szwajcaria.

Okulista Prof. Dr. J. Gonin, zmarły w Lozannie, zapisał w testamencie 150.000 fr. na utworzenie „Funduszu zaopatrywania ociemniałych pozostających bez środków do życia".

Stany Zjednoczone.

Departament Pracy Stanu New York otworzył kredyt w wysokości 50.000 dolarów rocznie przez pięć lat na badanie metod zapobiegania pylicy u robotników, narażonych na pracę w pyle. Cierpienie to należy do bardzo rozpowszechnionych chorób zawodowych, które przyczynia społeczeństwu wielu niepotrzebnych inwalidów pracy. (I. Spr. Sp.).

Anglia.

Zakład dla przetaczań krwi brytyjskiego Czerwonego Krzyża w Londynie posiadał w r. 1935 4.701 dawców krwi, podczas gdy w r. 1934 było ich 3.855 a w r. 1933 — 3.017. W r. 1925 było tylko 428 dawców.

Mandżuria.

Południowo-mandżurskie towarzystwo kolei żelaznych uruchomiło „pociąg-szpital", który stale kursuje na przestrzeni, gdzie o pomoc lekarską jest bardzo trudno. Przy pierwszym wyjeździe obsłużono ponad 1.000 chorych.

Komunikaty.

Z powodu „sprostowania" w Nr. 40 P. G. L. Str. 788, Dr. Karol Zaleski z Sanoka donosi, „że w roku 1929 w wydawnictwie Arcta wyszła „Kosowska Jarska Kuchnia" p. R. Tarnawskiej z objaśnieniami higienicznymi zasłużonego jej męża Dr. Apolinarego Tarnawskiego, właściciela znanej powszechnie lecznicy w Kosowie, — dzieło niepospolitej wartości na wielkim doświadczeniu oparte, godne jest największego rozpowszechnienia, bo naprawdę chlubą jest polskiej literatury kulinarnej lekarskiej".

Zarząd Okręgu Lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego zorganizuje w grudniu br. kurs z zakresu obrony przeciwlotniczo-gazowej. Zgłoszenia należy przesyłać najpóźniej do dnia 15 listopada br. na adres: Związek Lekarzy P. P. Okręg Lwowski, Lwów, ul. Zyblikiewicza 23.

Sprostowanie.

W ocenie podręcznika *„Thérapeutique Médicale, Maladies infectieuses et parasitaires"* umieszczonej w Nr. 39 P. G. L. zaszły następujące omyłki: wszędzie w tekście i tytule zamiast nazwiska Loepez ma być: Loeper; wiersz 12 od góry zamiast autoterapii ma być: auxoterapii; wiersz 14 od góry zamiast metakalicznym ma być: metabolicznym; wiersz 14 od góry zamiast opakrynicznym ma być: opokrynicznym; wiersz 33 od dołu zamiast seropnityczego ma być: leczniczego; wiersz 16 od dołu — po słowach: szczepionkami i surowicami — należy dodać: w chorobach wywołanych przez zarazki przesączalne.

W Nr. 40. 1936. P. G. L. w protokole Tow. Lek. Częstochowskiego z dnia 26. X. 1935. zaszła omyłka: zamiast „Kol. Łokczewski wygłosił odczyt: „Życie i dieta Albarran'a" ma być „Życie i dzieła Albarran'a".

Redakcja otrzymała.

Sprawozdanie z działalności Zarządu Macierzy Szkolnej w Gdańsku za rok 1935. Rocz. IX.

A. Fröhlich u. R. Wasicky: Taschenbuch der ekonomischen u. rationellen Rezeptur. Urban-Schwartzenberg. Berlin-Wiedeń. 1936.

Société de Nation: Le problème de l'alimentation. Volumen IV. Statistiques de la production de la consommation et de prix.

F. Skorpil: O askaridose. Nakł. Zw. Lek. Czesk. Praga, 1936. Cena 5 Kč.

J. Topolnicki: Sprawozdanie roczne Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie za rok budż. 1935/36. Nakł. Państw. Szpit. św. Łazarza.

W. Bienhoff: Principles and foibles of cancer research. Waverly Press, Inc. Baltimore, Maryland, 1936.

Z. Orłowski: Naukowe podstawy zdrojownictwa. Zdroje i zdrojowiska polskie. Wyd. „Delta", Warszawa, 1936.

J. Supniewski: Podręcznik receptury. Nakł. „Delta", Warszawa, 1936.

K. Fahrenkamp: Homöopathie-Allopathie. Wyd. Hippokrates-Verlag. GMBH. Stuttgardt-Lipsk. 1936. Cena: 7.25 RM.

P. Clairmont i W. Brunner: Allgemeine Gegenazeigen bei nicht dringlichen chirurgischen Eingriffen. (Vorträge aus der praktischen Chirurgie. Z. 10. 1936). Wyd. F. Enke, Stuttgart 1936. Cena: 4,20 RM.

CENY OGŁOSZEŃ okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	1/1 zł 220.—	1/2 zł 120.—	1/4 zł 65.—	1/8 zł 35.—	1/16 —
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł. 12.—

zagranicą . . . . zł. 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.